

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра внутренних болезней

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ

Часть 1

«ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ»

модуля 1 «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ»

дисциплины «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

Шифр дисциплины: Б.1.Б.25

Рекомендуется по специальности 31.05.03

СТОМАТОЛОГИЯ

Уровень высшего образования *Специалитет*

Квалификация (степень) выпускника *Врач-стоматолог*

Факультет Стоматологический

Форма обучения очная

Методические рекомендации к лекциям составлены в соответствии с содержанием рабочей программы Части 1 «Пропедевтика внутренних болезней» модуля 1 «Внутренние болезни» дисциплины «Внутренние болезни, клиническая фармакология»

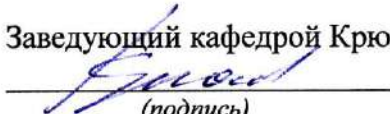
Разработчик (и):

Киселева Г.И., доцент, к.м.н.

Германова О.А., ассистент

Методические рекомендации к лекциям рассмотрены и одобрены на заседании кафедры (протокол № 24, дата 02.06.2017 г. г.)

Заведующий кафедрой Крюков Н.Н.


(подпись)

« 02 » 06 2017 г.

Самара, 2017 г.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

Основным принципом организации самостоятельной работы студентов при изучении учебного материала дисциплины "Внутренние болезни, клиническая фармакология" Модуль 1, Часть 1 является комплексный подход, направленный на формирование навыков репродуктивной и творческой деятельности студента в аудитории, при внеаудиторных контактах с преподавателем на консультации и домашней подготовке. Контроль результатов самостоятельной работы осуществляется преподавателем в пределах времени, отведенного на обязательные учебные занятия и внеаудиторную самостоятельную работу студентов по дисциплине, проводится в письменной (устной) или смешанной форме. Контроль включает в себя оценку хода и получаемых промежуточных результатов с целью установления их соответствия с планируемыми. Результаты самостоятельной работы оцениваются в ходе текущего контроля, учитываются в процессе промежуточной аттестации.

При изучении дисциплины «Внутренние болезни, клиническая фармакология» реализуются следующие формы самостоятельной работы:

1. Непосредственно в процессе аудиторных занятий – на лекциях, клинических практических занятиях, при выполнении тестовых заданий, решение клинических задач и написание истории болезни.
2. В контакте с преподавателем вне рамок аудиторных занятий – на консультациях по учебным вопросам, в ходе творческих контактов, при ликвидации задолженностей, при выполнении индивидуальных занятий.
3. В рамках самоподготовки: самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его участия.

Содержание аудиторной и внеаудиторной самостоятельной работы студентов определено в соответствии с видами занятий, представленными в рабочей программе дисциплины «Внутренние болезни, клиническая фармакология» Модуль 1, Часть 1.

Самостоятельная работа студентов в зависимости от цели включает в себя:

1. **Цель – овладеть знаниями:**
 - работа с лекционным материалом;
 - чтение текста учебника.
2. **Цель – закрепить и систематизировать знания:**
 - работа с конспектом лекции;
 - подготовка ответов на контрольные вопросы;
 - тестирование.
3. **Цель – сформировать умения:**
 - подготовка к тестированию.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

(задание на дом)

Раздел 1 «Предмет и задачи пропедевтики внутренних болезней.

Основные методы клинического обследования»

Клиническое практическое занятие 1

«Предмет и задачи пропедевтики. Методы обследования терапевтического больного.

История болезни. Антропометрия. Термометрия. Типы лихорадок»

Вопросы для самоподготовки

1. Предмет и задачи пропедевтики внутренних болезней.
2. Схема обследования больного в терапевтической клинике. Основные принципы диагностического исследования.
3. Основоположники русской терапевтической школы и их роль в развитии медицины (Г.А.Захарьин, М.Я.Мудров, В.А.Образцов, С.П.Боткин).
4. Расспрос больного как метод клинического исследования, диагностическая значимость.
5. Наружное исследование пациента, диагностическая роль.
6. Пальпация как метод клинического исследования, диагностическое значение.
7. Перкуссия как метод исследования пациента. История развития. Основные перкуторные тоны.
8. Аускультация как метод исследования пациента. История развития. Правила и техника.
9. Термометрия. Виды лихорадок.
10. Типы патологического дыхания (Куссмауля, Чейн-Стокса, Биота). Механизм образования. Диагностическое значение.

Подготовка к тестированию

выберите один или несколько правильных ответов.

1. Русскую терапевтическую школу основал:
 - а) С.П.Боткин
 - б) М.Я.Мудров
 - в) В.Х.Василенко
2. Нормальной является температура тела:
 - а) 38 С
 - б) 36 С
 - в) 35 С
 - г) 39 С
3. К физикальным методам относятся:
 - а) пальпация
 - б) рентгенография
 - в) аускультация
 - г) бронхоскопия.
4. Является ли общий анализ крови параклиническим методом обследования?

- а) да
 - б) нет
5. Метод перкуссии предложил
- а) Лаэннек
 - б) Ауэнбруггер
 - в) Авиценна
6. Может ли быть тупой тон громким и низким?
- а) да
 - б) нет.
7. К параклиническим методам относятся:
- а) анализ мокроты
 - б) рентгенография легких
 - в) пальпация
 - в) аускультация
9. Метод аускультации предложил:
- а) Коротков
 - б) Лаэннек
 - в) Гиппократ

Раздел 2 Методы обследования органов дыхания и **основные клинические синдромы**

Клиническое практическое занятие 2

«Методы исследования органов дыхания. Лабораторные, функциональные и инструментальные методы исследования органов дыхания. Синдромы при заболеваниях легких: воспалительный инфильтрат, полость в легком. Клиника. Диагностика»

Вопросы для самоподготовки

1. Жалобы больного с заболеванием органов дыхания.
2. Осмотр больного с заболеванием органов дыхания.
3. Голосовое дрожание. Методика определения. Диагностическое значение.
4. Сравнительная перкуссия легких. Методика. ПеркуSSIONные тоны в норме и патологии органов дыхания.
5. Аускультация легких в норме. Основные дыхательные шумы, механизм их возникновения.
6. Везикулярное дыхание в норме и патологии. Диагностическое значение.
7. Бронхиальное дыхание в норме и патологии. Диагностическое значение.
8. Сухие хрипы. Механизм возникновения. Диагностическое значение.
9. Влажные хрипы. Механизм образования. Диагностическое значение.
10. Крепитация, шум трения плевры. Механизм образования. Диагностическое значение.
11. Бронхофония. Методика определения. Диагностическое значение.
12. Синдром полости в легких. Клиника. Диагностика.
13. Синдром уплотнения легочной ткани. Клиника. Диагностика.

Подготовка к тестированию:

выберите один или несколько правильных ответов.

1. Может ли быть тупой тон громким и низким?
 - а) да
 - б) нет.
2. К параклиническим методам относятся:
 - а) анализ мокроты
 - б) рентгенография легких
 - в) пальпация
 - в) аускультация
3. При перкуссии грудной клетки используются:
 - а) сравнительная перкуссия
 - б) топографическая перкуссия
 - в) оба вида перкуссии
4. Метод аускультации предложил:
 - а) Коротков
 - б) Лаэннек
 - в) Гиппократ
5. К основным дыхательным шумам, определяемым при аускультации относятся:
 - а) везикулярное дыхание
 - б) бронхиальное дыхание
 - в) хрипы
 - г) крепитация
 - д) шум плеска
6. Везикулярное дыхание образуется:
 - а) в альвеолах
 - б) в бронхах
 - в) в голосовой щели гортани.
7. Бронхиальное дыхание образуется:
 - а) в альвеолах
 - б) в голосовой щели гортани
 - в) в бронхах
8. Влажные хрипы образуются:
 - а) в альвеолах
 - б) в бронхах
 - в) в бронхах и альвеолах
9. Крепитация образуются:
 - а) в бронхах
 - б) в альвеолах
 - в) в гортани

Раздел 2 «Методы обследования органов дыхания и
основные клинические синдромы»

Клиническое практическое занятие 3

«Синдромы при заболеваниях легких: пневмоторакс, гидроторакс, бронхоспазм, эмфизема, компрессионный и обтурационный ателектазы, дыхательная недостаточность. Клиника и диагностика»

Вопросы для самоподготовки

1. Синдром гидроторакса. Клиника. Диагностика.
2. Синдром пневмоторакса. Клиника. Диагностика.
3. Синдром повышенной возбудимости легочной ткани (эмфизема). Клиника. Диагностика.
4. Синдром обтурационного ателектаза. Клиника. Диагностика.
5. Синдром компрессионного ателектаза. Клиника. Диагностика.
6. Синдром бронхиальной обструкции. Клиника. Диагностика.
7. Синдром дыхательной недостаточности. Клиника. Диагностика.
8. Хронический бронхит. Клиника. Диагностика.
9. Исследование мокроты и плевральной жидкости.
10. Методы исследования функции внешнего дыхания (спирометрия, пикфлоуметрия, пневмотахометрия).
11. Абсцесс легкого. Клиника. Диагностика.

Подготовка к тестированию:

выберите один или несколько правильных ответов.

1. Определяется ли при синдроме уплотнения легочной ткани тупой перкуторный тон?
2. Определяется ли при синдроме уплотнения легочной ткани желудочно-кишечный тон?
3. Для синдрома уплотнения легочной ткани характерно:
 - а) пуэрильное дыхание
 - б) бронхиальное дыхание
 - в) жесткое дыхание
4. Синдром уплотнения легочной ткани выявляется при:
 - а) стадии опеченения долевой пневмонии
 - б) остром бронхите
 - в) эмфиземе легких
5. При наличии транссудата в плевральной полости тень жидкости располагается:
 - а) по горизонтальной линии
 - б) по косой линии
6. При скоплении жидкости в плевральной полости выстукивается:
 - а) тимпанический тон
 - б) тупой тон

7. При синдроме пневмоторакса голосовое дрожание над областью скопления воздуха:
 - а) усилено
 - б) отсутствует
 - в) не изменено
8. При синдроме пневмоторакса над областью скопления воздуха определяется:
 - а) коробочный тон
 - б) тупой тон
 - в) тимпанический тон
9. При синдроме пневмоторакса над областью скопления воздуха дыхание:
 - а) усилено
 - б) не изменено
 - в) отсутствует.
10. Может ли выслушиваться амфорическое дыхание при синдроме полости в легком?
11. При синдроме полости в легком бронхофония:
 - а) ослаблена
 - б) усилена
 - в) не изменена.
12. При долевой пневмонии крепитация выслушивается:
 - а) в I стадию
 - б) во II стадию
 - в) в III стадию.
13. При вскрывшемся абсцессе легкого выслушивается:
 - а) тупой перкуторный тон
 - б) тимпанический перкуторный тон.
14. После вскрытия абсцесса легкого выявляется:
 - а) синдром уплотнения
 - б) синдром полости
15. При экссудативном плеврите жидкость располагается:
 - а) по горизонтальной линии
 - б) по косой линии
16. Может ли при синдроме бронхоспазма наблюдаться гиперсекреция слизистых желез?
 - а) да;
 - б) нет.
17. Наблюдается ли при эмфиземе увеличение воздушности легочной ткани?
 - а) да;
 - б) нет.
18. При эмфиземе перкуторный тон:
 - а) тупой;
 - б) коробочный;
 - в) притуплено-тимпанический.
19. При синдроме бронхоспазма поражаются преимущественно:

- а) крупные бронхи;
 - б) мелкие бронхи.
20. При синдроме бронхоспазма выявляются:
- а) сухие свистящие хрипы;
 - б) крупнопузырчатые влажные хрипы.

Раздел 3. Методы обследования органов кровообращения и **основные клинические синдромы**

Клиническое практическое занятие 4.

«Методы обследования больных с заболеваниями органов кровообращения»

Вопросы для самоподготовки

1. Жалобы больного с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
2. Левожелудочковый толчок. Методика определения. Характеристика в норме и патологии (недостаточность митрального клапана, аортальный стеноз, недостаточность аортального клапана).
3. Правожелудочковый толчок. Методика определения. Диагностическое значение.
4. Сердечное дрожание. Методика определения. Диагностическое значение.
5. Перкуссия сердца. Методика определения. Диагностическое значение.

Подготовка к тестированию:

выберите один или несколько правильных ответов.

1. К физикальным методам исследования сердечно-сосудистой системы относятся:
 - а) пальпация,
 - б) ЭхоКГ,
 - в) рентгенография сердца,
 - г) перкуссия сердца,
 - д) ЭКГ
2. Пальпация верхушечного толчка дает представление о состоянии:
 - а) левого желудочка,
 - б) правого желудочка,
 - в) левого и правого предсердий,
 - г) левого и правого желудочков.
3. Сердечное дрожание обусловлено:
 - а) колебаниями миокарда левого желудочка,
 - б) колебаниями миокарда правого желудочка,
 - в) колебаниями миокарда левого и правого желудочков,
 - г) турбулентными движениями крови.
4. Пальпация сердечного толчка проводится для оценки состояния
 - а) левого и правого предсердий,
 - б) левого и правого желудочков,

- в) правого желудочка,
 - г) левого желудочка.
5. Верхушечный толчок обусловлен:
- а) систолой левого желудочка,
 - б) систолой правого желудочка,
 - в) диастолой левого желудочка,
 - г) систолой левого и правого желудочка.
6. Сердечный толчок образован:
- а) систолой левого желудочка,
 - б) систолой правого желудочка,
 - в) диастолой левого желудочка,
 - г) систолой левого и правого желудочка
7. При перкуссии сердца используется:
- а) сравнительная перкуссия,
 - б) топографическая перкуссия,
 - в) оба вида.
8. При перкуссии сердца перкуторный тон:
- а) ясный, громкий,
 - б) тупой, тихий,
 - в) ясный, громкий, тимпанический,
 - г) приглушенный, притупленный.
9. При перкуссии сердца определяют:
- а) границы относительной тупости сердца;
 - б) границы абсолютной тупости сердца;
 - в) оба варианта.
10. Границы относительной тупости сердца отражают:
- а) истинные размеры сердца;
 - б) участок сердца не прикрытый легкими;
 - в) оба варианта.
11. Границы абсолютной тупости сердца отражают:
- а) истинные размеры сердца;
 - б) участок сердца не прикрытый легкими;
 - в) оба варианта.
12. Правая граница относительной тупости сердца в норме образована:
- а) правым желудочком;
 - б) левым желудочком;
 - в) правым предсердием.
13. Правый контур сердца при ортоперкуссии по Курлову образован:
- а) правым предсердием;
 - б) правым желудочком;
 - в) верхней полой веной;
 - г) все перечисленное.
14. Левая граница относительной тупости сердца образована:
- а) левым предсердием;
 - б) правым предсердием;
 - в) левым желудочком;
 - г) левым предсердием и левым желудочком.
15. Верхняя граница относительной тупости сердца образована:
- а) левым предсердием;

- б) правым предсердием;
 - в) левым желудочком;
 - г) левым предсердием и левым желудочком.
16. Характеристики пульса зависят от:
- а) сердечного выброса крови левым желудочком;
 - б) просвета сосудистой стенки;
 - в) сердечного выброса крови правым желудочком;
 - г) сердечного выброса крови правым и левым желудочком.
17. Аускультативный метод измерения АД предложил:
- а) С.П.Боткин;
 - б) Г.А.Захарин;
 - в) М.Я.Мудров;
 - г) Н.С.Коротков.

Раздел 3 «Методы обследования органов кровообращения и основные клинические синдромы»

Клиническое практическое занятие 5

«Инструментальные методы исследования (ЭКГ, ЭХО, нагрузочные тесты)»

Вопросы для самоподготовки

1. Проводящие пути сердца.
2. Понятие об электрокардиографии. Техника регистрации. ЭКГ в норме.
3. Элементы ЭКГ в норме.
4. Определение электрической оси сердца.
5. Изменение ЭКГ при гипертрофии миокарда желудочков, предсердий.
6. Эходоплерокардиография. Диагностическое значение.

Подготовка к тестированию:

выберите один или несколько правильных ответов.

1. Укажите признаки горизонтального положения электрической оси сердца.
 - 1) $R_{II} > R_I > R_{III}$;
 - 2) $R_I > R_{II} > R_{III}$;
 - 3) $R_{III} > R_{II} > R_I$.
2. Укажите ЭКГ-признаки гипертрофии левого предсердия;
 - 1) раздвоение и увеличение амплитуды зубцов Р в отведениях I, II, aVL;
 - 2) увеличение амплитуды зубцов Р в отведениях II, III, aVF;
 - 3) увеличение амплитуды зубцов Р в отведениях V1-V6.
 - 4) увеличение продолжительности зубца Р, его двуфазность в V1 и двугорбость в V5-6.
3. Назовите ЭКГ-признаки гипертрофии правого желудочка:
 - 1) увеличение амплитуды зубца R в отведениях V5 и V6;
 - 2) увеличение амплитуды зубца R в отведениях I, II, V5, V6;
 - 3) отрицательный зубец Т в отведениях V5, V6;
 - 4) увеличение амплитуды зубца R в отведениях V1 и V2;
 - 5) выраженный зубец S в отведениях V5, V6.

4. Укажите какой интервал ЭКГ называется электрической систолой желудочков:
- 1) PQ;
 - 2) QRS;
 - 3) QRST;
 - 4) ST.
5. На ЭКГ в отведениях II, III, aVF зарегистрированы признаки инфаркта миокарда:
- 1) верхушечная область;
 - 2) боковая стенка;
 - 3) переднее-перегородочная область;
 - 4) задне-диафрагмальная область.

Раздел 3. Методы обследования органов кровообращения и **основные клинические синдромы**

Клиническое практическое занятие 6

«Синдром воспаления сердечной мышцы. Ревматическая лихорадка. Сердечные и внесердечные проявления ревматизма. Клиника и диагностика»

Вопросы для самоподготовки

1. Синдром поражения сердечной мышцы. Клиника. Диагностика.
2. Ревматическая лихорадка. Большие диагностические критерии.
3. Лабораторная диагностика ревматизма.
4. Ревматический полиартрит. Клиника. Диагностика.

Подготовка к тестированию:

выберите один или несколько правильных ответов.

Выберите правильный ответ.

1. При миокардите наиболее часто выявляется:
 - а) систолический шум на аорте;
 - б) систолический шум на верхушке;
 - в) диастолический шум в зоне Боткина;
 - г) пресистолический шум на верхушке.
2. Для миокардита характерен:
 - а) ритм галопа;
 - б) ритм перепела.
3. Кольцевидная эритема относится:
 - а) к малым критериям ревматизма;
 - б) к большим критериям ревматизма;
 - в) ни к тем, ни к другим.
4. Для ревмокардита наиболее специфично на ЭКГ:
 - а) высокий зубец Р во II и в III стандартных отведениях;
 - б) зубец U высокий в грудных отведениях;
 - в) удлинение интервала Р-Q во всех отведениях;
 - г) глубокий зубец Q в III стандартном отведении.

5. При ревматической лихорадке чаще других поражаются:
- а) мелкие суставы;
 - б) крупные суставы;
 - в) один коленный сустав;
 - г) только плюсне-фаланговые суставы.
6. Какой лабораторный показатель наиболее часто используется для диагностики ревматической лихорадки?
- а) антистрептокиназа;
 - б) антистрептогиалуронидаза;
 - в) антистрептолизин "О";
 - г) антистрептолизин "S".

Раздел 3 «Методы обследования органов кровообращения и основные клинические синдромы»

Клиническое практическое занятие 7

«Приобретенные пороки сердца. Нарушение гемодинамики. Клиника. Диагностика»

Вопросы для самоподготовки

1. Синдром недостаточности митрального клапана. Нарушение гемодинамики. Клиника. Диагностика.
2. Синдром стеноза левого атрио-вентрикулярного отверстия. Нарушение гемодинамики. Клиника. Диагностика.
3. Синдром недостаточности аортального клапана. Нарушение гемодинамики. Клиника. Диагностика.
4. Синдром стеноза устья аорты. Нарушение гемодинамики. Клиника. Диагностика.
5. Синдром трикуспидальной недостаточности. Нарушение гемодинамики. Клиника. Диагностика.

Подготовка к тестированию:

выберите один или несколько правильных ответов.

1. При митральном стенозе выявляется:
 - а) ритм галопа;
 - б) ритм перепела;
 - в) "пляска каротид";
 - г) двойной тон Траубе.
2. Границы сердца при митральном стенозе увеличиваются:
 - а) влево;
 - б) вверх и влево;
 - в) вправо;
 - г) вверх и вправо;
 - д) влево и вниз.
3. Для митрального стеноза характерен:
 - а) ослабленный I тон;

- б) хлопающий I тон;
 - в) ослабленный II тон;
 - г) резко усиленный III тон.
4. При митральном стенозе на ЭКГ определяются:
- а) признаки гипертрофии левого желудочка;
 - б) высокий зубец "U";
 - в) признаки гипертрофии правого желудочка;
 - г) глубокий зубец Q в I стандартном отведении.
5. Границы сердца при митральной недостаточности увеличиваются:
- а) вправо;
 - б) влево;
 - в) вверх и влево;
 - г) влево и вниз.
6. При недостаточности митрального клапана наиболее часто выявляется:
- а) пресистолический шум на верхушке сердца;
 - б) систоло-диастолический ("машинный") шум на легочной артерии;
 - в) систолический шум изгнания в зоне Боткина;
 - г) систолический шум регургитации на верхушке сердца;
 - д) мезодиастолический шум на верхушке сердца.
7. Для какого порока сердца характерны следующие симптомы?
- "пляска каротид";
 - двойной тон Траубе;
 - двойной шум Дюрозье;
 - симптом Мюссе;
 - капиллярный пульс Квинке.
8. Является ли набухание шейных вен симптомом недостаточности трехстворчатого клапана?
- а) да;
 - б) нет.

Раздел 3 «Методы обследования органов кровообращения и основные клинические синдромы»

Клиническое практическое занятие 8

«Болевой синдром в области сердца. Синдромный диагноз стенокардии и инфаркта миокарда. Лабораторная и инструментальная диагностика»

Вопросы для самоподготовки

1. Стенокардия. Клиника. Диагностика.
2. Инфаркт миокарда. Клиника. Диагностика.
3. Лабораторная диагностика инфаркта миокарда.
4. Электрокардиографическая диагностика инфаркта миокарда.

Подготовка к тестированию:

выберите один или несколько правильных ответов.

1. Для стенокардии характерны особенности болевого синдрома:
 - а) локализация за грудиной;

- б) иррадиация болей в правую половину грудную клетку;
 - в) провоцируется физической нагрузкой;
 - г) купируется нитроглицерином.
2. Выделяют следующие формы инфаркта миокарда:
- а) ангинозную;
 - б) абдоминальную;
 - в) почечную;
 - г) астматическую.
3. На ЭКГ в отведениях II, III, aVF зарегистрированы признаки инфаркта миокарда. Какова локализация некроза?
- а) верхушечная область;
 - б) боковая стенка;
 - в) передне-перегородочная;
 - г) нижняя.
4. Какие ферменты являются кардиоспецифическими:
- а) АЛАТ;
 - б) КФК;
 - в) МВ-КФК;
 - г) гамма-ГТП;
 - д) АСАТ;
 - е) ЛДГ.
5. Биохимическим золотым стандартом диагностики некроза является:
- а) фибриноген;
 - б) СРБ;
 - в) холестерин;
 - г) тропонин Т.
6. Проявлениями резорбционно-некротического синдрома служат все признаки кроме одного:
- а) повышение температуры;
 - б) повышение активности КФК;
 - в) положительный тропониновый тест;
 - г) увеличение креатинина.
7. Продолжительность стенокардии от:
- а) нескольких минут до 20 минут;
 - б) от 1 часа до 2-х часов;
 - в) несколько суток.

Раздел 3 «Методы обследования органов кровообращения и основные клинические синдромы»

Клиническое практическое занятие 9

«Синдром нарушения ритма сердца. Клиника. ЭКГ-диагностика»

Вопросы для самоподготовки

1. Механизмы возникновения нарушения ритма сердца.
2. Клинические проявления синдрома нарушения ритма сердца.
3. Экстрасистолия. Клиника. ЭКГ-диагностика.
4. Фибрилляция, трепетание предсердий. Клиника. ЭКГ-диагностика.

5. Пароксизмальная тахикардия. Клиника. ЭКГ-диагностика.
6. Атриовентрикулярные блокады. Клиника. ЭКГ-диагностика.

Подготовка к тестированию:

выберите один или несколько правильных ответов.

1. Для синусовой тахикардии характерно:
 - а) внезапное начало и внезапный конец
 - б) постепенное начало и постепенный конец
 - в) ЧСС 90 – 150 в минуту
 - г) ЧСС 150 – 250 в минуту
 - д) ЭКГ укорочен интервал RR
 - е) ЭКГ удлинен интервал RR
2. Наиболее неблагоприятен следующий тип экстрасистолии:
 - а) бигеминия
 - б) тригеминия
 - в) наджелудочковая
 - г) квадригеминия
 - д) единичная
3. Предсердные экстрасистолы характеризуются всеми ЭКГ признаками, кроме одного:
 - а) преждевременное появление сердечного комплекса
 - б) отсутствие зубца Р
 - в) нормальная форма желудочкового комплекса
 - г) удлинение диастолической паузы после внеочередного сокращения
4. Перечислите основные ЭКГ признаки желудочковых экстрасистол:
 - а) преждевременное появление сердечного комплекса
 - б) отсутствие зубца Р
 - в) наличие зубца Р
 - г) деформация комплекса QRS
 - д) дискордантный зубец Т
 - е) длинная (полная) компенсаторная пауза
 - ж) короткая (неполная) компенсаторная пауза
5. Для мерцания (фибрилляции) предсердий характерны следующие ЭКГ признаки:
 - а) отсутствие зубца Р
 - б) наличие крупных волн F
 - в) наличие мелких волн f
 - г) различные по продолжительности интервалы RR
 - д) наличие комплексов QRS, имеющих нормальный неизмененный вид
 - е) наличие уширенных комплексов QRS
6. Для мерцания (фибрилляции) желудочков характерны следующие ЭКГ признаки:
 - а) сокращения желудочков с частотой 200-500 в минуту
 - б) отсутствие элементов желудочкового комплекса QRST
 - в) наличие различной по форме и амплитуде волн, отражающих возбуждение отдельных мышечных волокон желудочков;
 - г) хаотичность и нерегулярность волн
 - д) волны одинаковы и регулярны, напоминают синусоидальную кривую.

Раздел 3. Методы обследования органов кровообращения и
основные клинические синдромы

Клиническое практическое занятие 10

«Синдром артериальной гипертензии. Синдром сосудистой недостаточности.
Клиника. Диагностика.

Вопросы для самоподготовки

1. Синдром артериальной гипертензии. Клиника. Диагностика.
2. Синдром сосудистой недостаточности. Клиника. Диагностика.
3. Синдром острой левожелудочковой недостаточности. Клиника. Диагностика.
4. Синдром острой правожелудочковой недостаточности. Клиника. Диагностика.
5. Синдром хронической сердечной недостаточности. Стадии. Клиника. Диагностика.

Подготовка к тестированию:

выберите один или несколько правильных ответов.

1. Какой уровень артериального давления определяет состояние артериальной гипертензии у лиц не получающих антигипертензивную терапию?
 - а) САД 120 мм рт. ст., ДАД 80 мм рт. ст.
 - б) САД 130 мм рт. ст., ДАД 90 мм рт. ст.
 - в) САД > 140 мм рт. ст., ДАД > 90 мм рт. ст.
2. Какое минимальное количество измерений артериального давления необходимо провести для диагностики артериальной гипертензии?
 - а) 2
 - б) 3
 - в) 1
3. Современная классификация артериальной гипертензии включает в себя стратификацию риска сердечно – сосудистых осложнений. Какое количество групп больных выделено по степени риска?
 - а) 2
 - б) 3
 - в) 4

Раздел 4 «Методы обследования органов пищеварения и
основные клинические синдромы

Клиническое практическое занятие 11

«Методы обследования органов пищеварения. Основные клинические синдромы.
Клиника. Диагностика»

Вопросы для самоподготовки

1. Жалобы больного с заболеванием желудочно-кишечного тракта.
2. Исследование желудочного содержимого тонким зондом. РН-метрия. Диагностическое значение.
3. Синдром диспепсии. Клиника. Диагностика.
4. Синдром эпигастралгии. Клиника. Диагностика.
5. Синдром нарушенного пищеварения и всасывания (мальабсорбция, мальадигестия).
6. Синдром внешесекреторной и внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы. Клиника. Диагностика.

Подготовка к тестированию:

выберите один или несколько правильных ответов.

1. Назовите жалобы, возможные при заболеваниях желудка:
 - д) кашель;
 - е) тошнота;
 - ж) изжога;
 - з) рвота;
 - и) боли в эпигастриальной области
2. Какие из следующих признаков функционального состояния внутренних органов можно получить, применяя поверхностную пальпацию:
 - д) болезненность;
 - е) диаметр кишки;
 - ж) напряжение мышц брюшной стенки;
 - з) грыжи.
3. В какой последовательности проводят глубокую пальпацию желудочно-кишечного тракта?
 - д) слепая кишка;
 - е) желудок;
 - ж) сигмовидная кишка;
 - з) поперечно-ободочная кишка;
 - и) восходящий и нисходящий отделы толстого кишечника;
 - к) привратник.
4. Какие из признаков можно получить при глубокой пальпации?
 - ж) характер поверхности кишки;
 - з) диаметр кишки;
 - и) напряжение мышц брюшного пресса;
 - к) наличие урчания;
 - л) консистенция органа.
5. Сгруппировать дополнительные методы, применяемые при исследовании больных с заболеванием:
 - д) желудка
 - е) кишечника
 - 1) электрогастрография;
 - 2) ректороманоскопия;
 - 3) фиброгастродуоденоскопия;
 - 4) гастробиопсия;
 - 5) колоноскопия;
 - 6) интрагастральная рН-метрия;
 - 7) копрологическое исследование.
6. Какие значения рН соответствуют сильнокислотному желудку:
 - д) 0,9 – 1,9;
 - е) 2,0 – 2,9;
 - ж) 3,0 – 4,9;
 - з) 5,0 – 6,9;
 - и) 7,0 – 8,9.
7. Какое количество желудочного сока секретируется желудочными железами:
 - г) 0,5 – 1,0 л;
 - д) 1,0 – 2,0 л;
 - е) 2 – 3 л.

**Раздел 5 «Методы обследования печени и желчевыводящих путей и
основные клинические синдромы»**

Клиническое практическое занятие 12

*«Методы обследования печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы.
Лабораторные и инструментальные методы исследования. Основные клинические и
лабораторные синдромы заболеваний печени. Клиника. Диагностика»*

Вопросы для самоподготовки

1. Жалобы больного с заболеванием печени и желчных путей.
2. Осмотр больного с заболеванием печени и желчных путей.
3. Пальпация и перкуссия печени по Курлову. Методика исследования. Диагностическое значение.
4. Синдром печено-клеточной недостаточности. Клиника. Диагностика.
5. Синдром паренхиматозной желтухи. Клиника. Диагностика.
6. Синдром гемолитической желтухи. Клиника. Диагностика.
7. Синдром механической желтухи. Клиника. Диагностика.
8. Синдром гепатоспленомегалии. Клиника. Диагностика.
9. Функциональные пробы печени. Синдром воспаления. Синдром печеночно-клеточной недостаточности. Диагностическое значение.
10. Функциональные пробы печени. Синдром холестаза. Синдром цитолиза. Диагностическое значение.
11. Синдром портальной гипертензии. Клиника. Диагностика.
12. Синдром дискинезии желчных путей. Клиника. Диагностика.

Подготовка к тестированию:

выберите один или несколько правильных ответов.

1. Печень является единственным местом синтеза белков, за исключением:
 - к) альбумины;
 - л) гепарин;
 - м) фибриноген;
 - н) протромбин.
2. Укажите возможную причину проявления сосудистых звездочек при заболеваниях печени:
 - и) диспротеинемия;
 - к) гиперэстрогения;
 - л) тромбоцитопения;
 - м) увеличение содержания желчных кислот в крови.
3. При заболеваниях печени при осмотре кожных покровов можно обнаружить все, кроме:
 - л) телеангиоэктазии;
 - м) ксантомы;
 - н) геморрагическая сыпь;
 - о) расчесы;
 - п) везикулярная сыпь.
4. Геморрагическая сыпь при заболеваниях печени является результатом:
 - м) тромбоцитопении;
 - н) диспротеинемии;
 - о) уменьшением уровня фибриногена, протромбина;

- п) гипербилирубинемии.
5. Появление ярко-красного (малинового) языка у больных с заболеваниями печени является результатом нарушения обмена:
- ж) витаминов;
 - з) белков;
 - и) жиров;
 - к) углеводов.
6. При заболеваниях поджелудочной железы наиболее информативным для диагностики является исследование уровня ферментов:
- к) амилаза;
 - л) щелочная фосфатаза;
 - м) липаза;
 - н) лактатдегидрогеназа.
7. Какие симптомы характерны для синдрома портальной гипертензии?
- ж) спленомегалия;
 - з) гепатомегалия;
 - и) асцит;
 - к) варикозное расширение вен анастомозов.
8. Для синдрома цитолиза характерны следующие изменения:
- а) повышение активности АЛАТ, АСАТ;
 - б) гипербилирубинемия;
 - в) гиперхолестеринемия;
 - г) диспротеинемия.
9. Для печеночной желтухи характерны все признаки кроме:
- а) зуд кожи;
 - б) уробилинурия;
 - в) билирубинурия.

Раздел 6 «Методы обследования органов мочеотделения и основные клинические синдромы»

Клиническое практическое занятие 13

*«Методы обследования больных с заболеваниями органов мочеотделения
Функциональные, лабораторные и инструментальные методы исследования почек.
Основные клинические синдромы. Клиника и диагностика»*

Вопросы для самоподготовки

1. Жалобы больного с заболеванием органов мочеотделения.
2. Осмотр больного с заболеванием органов мочеотделения.
3. Функциональные пробы почек (Зимницкого, Реберга). Диагностическое значение.
4. Анализ мочи. Проба Нечипоренко. Диагностическое значение.
5. Нефротический синдром. Клиника. Диагностика.
6. Синдром почечной гипертензии. Механизм возникновения. Клиника. Диагностика.
7. Мочевой синдром. Клиника. Диагностика.
8. Синдром хронической почечной недостаточности. Клиника. Диагностика.
9. Острый гломерулонефрит. Клиника. Диагностика.
10. Хронический гломерулонефрит. Клиника. Диагностика.
11. Хронический пиелонефрит. Клиника. Диагностика.

Подготовка к тестированию:

выберите один или несколько правильных ответов.

1. К физикальным методам исследования мочевыделительной системы относятся:
 - а) пальпация,
 - б) УЗИ,
 - в) рентгенография,
 - д) ЭКГ
2. Могут ли наблюдаться отеки у больных с почечной патологией?
3. Симптом Пастернацкого это результат:
 - а) изменения положения тела,
 - б) покашливания,
 - в) легкий удар ребром ладони в области поясницы.
4. Функциями почек являются все, кроме:
 - а) выделения азотистых продуктов,
 - б) регуляции водно-солевого обмена,
 - в) регуляции жирового и углеводного обмена,
 - г) регуляции уровня АД,
 - д) гемопозитической.
5. *Facies nephritica* включает в себя:
 - а) цианоз и отеки лица,
 - б) иктеричность и бледность лица,
 - в) бледность и отеки лица,
 - г) гиперемию щек.
6. Как называется значительное увеличение суточной:
 - а) олигурии,
 - б) лейкоцитурии,
 - в) полиурии,
 - г) анурии.
7. Отсутствие мочи носит название:
 - а) олигурии,
 - б) лейкоцитурии,
 - в) полиурии,
 - г) анурии.
8. Протеинурия - это:
 - а) появление эритроцитов в моче,
 - б) появление белка в моче,
 - в) отсутствие мочи,
 - г) появление в моче желчных кислот.
9. Гематурия - это:
 - а) появление эритроцитов в моче,
 - б) появление белка в моче,
 - в) отсутствие мочи,
 - г) появление в моче желчных кислот.
10. Пробу Каковского-Аддиса применяют для определения:
 - а) количества форменных элементов в 1мл мочи;
 - б) функциональной способности почек;
 - в) количества форменных элементов в осадке мочи,
 - г) скорости клубочковой фильтрации.
11. Пробу Зимницкого применяют для определения:

- а) количества форменных элементов в 1мл мочи;
 - б) функциональной способности почек;
 - в) количества форменных элементов в осадке мочи,
 - г) скорости клубочковой фильтрации.
- 12 Пробу Нечипоренко применяют для определения:
- а) количества форменных элементов в 1мл мочи;
 - б) функциональной способности почек;
 - в) количества форменных элементов в осадке мочи,
 - г) скорости клубочковой фильтрации.
13. Пробу Реберга применяют для определения:
- а) количества форменных элементов в 1мл мочи;
 - б) функциональной способности почек;
 - в) количества форменных элементов в осадке мочи,
 - г) скорости клубочковой фильтрации.

Раздел 7 «Методы обследования системы крови и основные клинические синдром»

Клиническое практическое занятие 14

*«Методы обследования больных с заболеваниями крови. Методы исследования
свертывающей системы крови. Основные клинические синдромы.*

Клиника и диагностика»

Вопросы для самоподготовки

1. Жалобы больного с заболеваниями крови.
2. Общий анализ крови. Диагностическое значение.
3. Анемический синдром. Клиника. Диагностика.
4. Геморрагический синдром. Клиника. Диагностика.
5. Гиперпластический синдром. Клиника. Диагностика.
6. Острый лейкоз. Клиника. Диагностика.
7. Лимфопролиферативный синдром. Клиника. Диагностика.
8. Миелофпролиферативный синдром. Клиника. Диагностика.
9. Синдром тромбоцитопении и тромбоцитопатии. Клиника. Диагностика.
10. Синдром вазопатии. Клиника. Диагностика.
11. Мегалобластная анемия. Клиника. Диагностика.
12. Сидеропенический синдром. Клиника. Диагностика.
13. Апластическая анемия. Клиника. Диагностика.

Подготовка к тестированию:

выберите один или несколько правильных ответов.

1. У больного с мегалобластной анемией в анализе крови обнаружен:
 - а) цветовой показатель 0,6
 - б) цветовой показатель 1,2
 - в) цветовой показатель 0,9
2. Сгруппируйте основные симптомы, характерные для 1) острого лейкоза, 2) железодефицитной анемии:
 - а) носовое кровотечение;
 - б) повышение температуры тела;

- в) затруднение глотания;
 - г) петехии;
 - д) извращение обоняния;
 - е) низкий цветовой показатель;
 - ж) тромбоцитопения;
 - з) извращение вкуса.
3. Назовите основные симптомы при хроническом миелолейкозе
- а) субфебрильная температура
 - б) спленомегалия
 - в) гепатомегалия
 - г) лимфаденопатия
4. Назовите причину кровоточивости десен при апластической анемии:
- а) тромбоцитопения;
 - б) васкулопатия;
 - в) коагулопатия

Раздел 8 «Методы обследования эндокринной системы и основные клинические синдромы»

Клиническое практическое занятие 15

«Методы обследования больных с заболеваниями эндокринной системы.

Основные клинические синдромы. Клиника. Диагностика.

Зачет (итоговое тестирование, проверка практических навыков)»

Вопросы для самоподготовки

1. Жалобы больных с заболеваниями эндокринной системы.
2. Осмотр, пальпация щитовидной железы.
3. Лабораторные и инструментальные методы исследования при заболеваниях эндокринной системы.

Подготовка к тестированию:

выберите один или несколько правильных ответов.

1. Для больных с гипертиреозом не характерен
 - а) симптом Грефе
 - б) симптом Дельримпля
 - в) симптом Ортнера
 - г) симптом Штельвага
 - д) симптом Мебиуса
2. У больных с тиреотоксикозом наблюдается
 - а) «Кушингоидное» лицо
 - б) *fades mitralis*
 - в) *facies Hippocratica*
 - г) *facies Basedovica*
3. Редкое мигание у больных с тиреотоксикозом обозначают как
 - а) симптом Менделя

- б) симптом Мейо-Робсона
 - в) симптом Штельвага
 - г) симптом Мебиуса
4. Симптом Мебиуса проявляется
- а) расширением глазной щели, выпученными глазами
 - б) блеском в глазах
 - в) повышенным слезотечением
 - г) слабостью конвергенции
5. Для характеристики степени увеличения размеров щитовидной железы в России выделяют
- а) 2 степени
 - б) 3 степени
 - в) 4 степени
 - г) 5 степеней
6. Для лица больного с микседемой характерно
- а) равномерно отечное лицо, контуры сглажены, имеет место утолщение губ и носа, сужение глазных щелей, сухая шероховатая кожа
 - б) возбужденно-испуганное выражение, глазные щели широко раскрыты, блеск глаз, неполное редкое мигание
 - в) маскообразное лицо с запавшими глазами, заострившимся носом, впалыми щеками и раскрытым ртом
 - г) утолщение лицевых костей с выступающими нижней челюстью и надбровными дугами, увеличение размеров носа и губ
7. *Facies basedovica* характеризуется
- а) появлением на щеках и спинке носа румянца на фоне бледности кожных покровов и акроцианоза
 - б) односторонний румянец щеки, крылья носа участвуют в акте дыхания, на губах и крыльях носа могут быть герпетические высыпания
 - в) возбужденно-испуганное выражение, глазные щели широко раскрыты, блеск глаз, неполное редкое мигание
 - г) лицо с высыпаниями на щеках в форме бабочки, переходящей на спинку носа
8. К развитию эндемического зоба может привести
- а) дефицит йода в окружающей среде
 - б) дефицит фтора в питьевой воде
 - в) дефицит железа в пище
 - г) дефицит витамина С
9. Диффузно-токсический зоб может наблюдаться при патологии
- а) сердечно-сосудистой системы
 - б) надпочечников
 - в) лобной доли головного мозга
 - г) щитовидной железы
10. К глазным симптомам гипертиреоза относится
- а) симптом Дальримпля

- б) симптом Курвуазье
 - в) симптом Менделя
 - г) симптом Квинке
11. Экзофтальм – это
- а) сужение глазной щели
 - б) расширение глазной щели, выпученные глаза
 - в) западение глазного яблока
 - г) опущение верхнего века
12. При заболевании щитовидной железы из физикальных методов наиболее информативна
- а) аускульто-аффрикция
 - б) аускульто-перкуссия
 - в) пальпация
 - г) перкуссия
13. Для первой степени увеличения щитовидной железы характерно
- а) хорошо прощупываются боковые доли, железа заметна при глотании
 - б) железа не видна, но прощупывается перешеек
 - в) зоб огромных размеров
 - г) значительное увеличение щитовидной железы, выступающей за края кивательной мышцы и изменяющей форму шеи
 - д) железа видна при осмотре («толстая шея»)
14. Для третьей степени увеличения щитовидной железы характерно
- а) хорошо прощупываются боковые доли, железа заметна при глотании
 - б) железа не видна, но прощупывается перешеек
 - в) зоб огромных размеров
 - г) значительное увеличение щитовидной железы, выступающей за края кивательной мышцы и изменяющей форму шеи
 - д) железа видна при осмотре («толстая шея»)
15. К развитию гипергликемической комы приводит патология
- а) тимуса
 - б) селезенки
 - в) желчного пузыря
 - г) поджелудочной железы
16. К эндокринной системе человека не имеет отношения
- а) щитовидная железа
 - б) предстательная железа
 - в) поджелудочная железа
 - г) яичники
 - д) гипофиз

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

№	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания
1	2	3	4
1.	Внутренние болезни: Учебник. В 2-х томах.	Фатенков В.Н.	М.: Медицина, 2008. – 662 с.
2.	Основы семиотики заболеваний внутренних органов: Учебное пособие.	А.В.Струтынский, А.П.Баринов, Г.Е.Ройтберг, Ю.П.Гапоненко	М., МЕДпресс-информ, 2013. – 3-е изд., перераб. и доп. – 240 с.
3.	Пропедевтика внутренних болезней: Учебник. 4-е изд.	Мухин Н.А., Моисеев В.С.	М.: 2009.–848 с.

Дополнительная литература

п/№	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания
1	2	3	4
1.	Пропедевтика внутренних болезней: методы исследования пациента: учебное пособие для студентов медицинских вузов, обучающихся по специальности «Лечебное дело» и «Педиатрия»ю	Щукин Ю.В., Дьячков В.А., Рябов А.Е.	Самара ООО «Издательство АсГард», 2012.
2.	Пропедевтика внутренних болезней: ключевые моменты: учебное пособие.	под ред. Ж.Д.Кабалавы, В.С.Моисеева.	М., 2008. – 400 с.
3.	Синдромный диагноз в клинике внутренних болезней: Учебное пособие (переработанное, дополненное).	Крюков Н.Н.	Самара: ГОУ ВПО СамГМУ, 2006. – 104 с.
4.	Схема обследования больного в клинике внутренних болезней: учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов	Н.Н.Крюков, С.С.Тетянец	Самара: ГОУ ВПО СамГМУ, 2009. – 28 с.

ЛИСТ ИЗМЕНЕНИЙ

№	Дата внесения изменений	№ протокола заседания кафедры, дата	Содержание изменения	Подпись

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра внутренних болезней

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ

Часть 2

«ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ»

модуля 1 «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ»

дисциплины «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

Шифр дисциплины: Б.1.Б.25

Рекомендуется по специальности 31.05.03

СТОМАТОЛОГИЯ

Уровень высшего образования *Специалитет*

Квалификация (степень) выпускника *Врач-стоматолог*

Факультет Стоматологический

Форма обучения очная

Методические рекомендации к лекциям составлены в соответствии с содержанием рабочей программы Части 2 «Внутренние болезни» модуля 1 «Внутренние болезни» дисциплины «Внутренние болезни, клиническая фармакология»

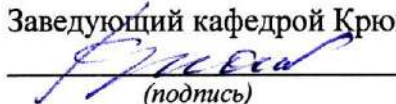
Разработчик (и):

Киселева Г.И., доцент, к.м.н.

Германова О.А., ассистент, к.м.н.

Методические рекомендации к лекциям рассмотрены и одобрены на заседании кафедры (протокол № 24, дата 02.06.2017 г.)

Заведующий кафедрой Крюков Н.Н.


(подпись)

«02» 06 2017 г.

Самара, 2017 г.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

Основным принципом организации самостоятельной работы студентов при изучении учебного материала дисциплины "Внутренние болезни, клиническая фармакология" Части 2 Модуля 1 является комплексный подход, направленный на формирование навыков репродуктивной и творческой деятельности студента в аудитории, при внеаудиторных контактах с преподавателем на консультации и домашней подготовке. Контроль результатов самостоятельной работы осуществляется преподавателем в пределах времени, отведенного на обязательные учебные занятия и внеаудиторную самостоятельную работу студентов по дисциплине, проводится в письменной (устной) или смешанной форме. Контроль включает в себя оценку хода и получаемых промежуточных результатов с целью установления их соответствия с планируемыми. Результаты самостоятельной работы оцениваются в ходе текущего контроля, учитываются в процессе промежуточной аттестации.

При изучении дисциплины «Внутренние болезни, клиническая фармакология» Части 2 Модуля 1 реализуются следующие формы самостоятельной работы:

4. Непосредственно в процессе аудиторных занятий – на лекциях, практических (семинарских) занятиях, при выполнении контрольных работ.
5. В контакте с преподавателем вне рамок аудиторных занятий – на консультациях по учебным вопросам, в ходе творческих контактов, при ликвидации задолженностей, при выполнении индивидуальных занятий, в ходе реализации НИРС и др.
6. В рамках самоподготовки: самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его участия.

Содержание аудиторной и внеаудиторной самостоятельной работы студентов определено в соответствии с видами занятий, представленными в рабочей программе дисциплины «Внутренние болезни, клиническая фармакология» Части 2 Модуля 1.

Самостоятельная работа студентов в зависимости от цели включает в себя:

3. **Цель – овладеть знаниями:**
 - работа с лекционным материалом;
 - чтение текста учебника.
4. **Цель – закрепить и систематизировать знания:**
 - работа с конспектом лекции;
 - подготовка ответов на контрольные вопросы;
 - тестирование;
 - защита истории болезни
3. **Цель – сформировать умения:**
 - подготовка к тестированию;
 - подготовка к защите истории болезни.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

(задание на дом)

Раздел 1 «Пульмонология»

**Клиническое практическое занятие 1 «Пневмония. Этиология. Патогенез.
Классификация. Диагностика. Принципы лечения и профилактика.
Нагноительные заболевания легких (абсцесс, гангрена). Диагностика.
Принципы лечения»**

Вопросы для самоподготовки

1. Пневмония. Этиология. Патогенез. Классификация.
2. Внебольничная пневмония. Особенности диагностики и лечения.
3. Внутрибольничная пневмония. Особенности диагностики и лечения.
4. Осложнения пневмонии. Прогноз. Критерии выздоровления.
5. Диагностические критерии нагноительных заболеваний легких.
6. Принципы лечения нагноительных заболеваний легких.

Подготовка к тестированию

Выберите один или несколько правильных ответов.

К бетта лактамным относятся следующие группы антибиотиков:

- А. Аминогликозиды
- Б. Макролиды
- В. Цефалоспорины
- Г. Гликопептиды
- Д. Все перечисленные

Какие рентгенологические признаки отличают туберкулёзный инфильтрат от пневмонического:

- А. Локализация в нижних долях лёгких
- Б. Неправильная форма
- В. Размытые контуры
- Г. Наличие очагов вокруг инфильтрата
- Д. Ничего не отличает

При каких заболеваниях не наблюдается кровохарканье:

- А. ТЭЛА
- Б. Пневмония
- В. Рак лёгкого
- Г. Туберкулёз
- Д. Эозинофильный пневмонит

Препаратами первого ряда при терапии нетяжелой внебольничной пневмонии являются две группы антибиотиков:

- природные пенициллины;
- амоксцициллины;
- цефалоспорины II поколения;
- цефалоспорины III поколения;
- фторхинолоны;
- макролиды.

Антибиотиками первого ряда при терапии внебольничных пневмоний у лиц старше 60 лет являются:

- А. амоксициллины;
ингибиторозащищенные пенициллины;
цефалоспорины II поколения;
цефалоспорины III поколения;
макролиды;
тетрациклины.

Экспертами для парентерального введения при тяжелой внебольничной пневмонии рекомендуются 2 антибиотика:

- А. амоксициллины;
ингибиторозащищенные пенициллины;
цефалоспорины II поколения;
цефалоспорины III поколения;
карбапенемы;
макролиды;

Тяжелая пневмония подлежит госпитализации в отделение:

- А. терапии; 2) пульмонологии; 3) диагностическое;
- Б. торакальное хирургическое; 5) инфекционное.
- В. Какой из антибиотиков показан для лечения пневмоний, вызванных микоплазмой, хламидиями, легионеллой:
- Г. гентамицин; 2) азитромицин; 3) ампиокс;
- Д. метронидазол; 5) аугментин.

В течение типичной крупозной пневмонии патоморфологи выделяют фазу:

- А. инфильтрации, распада и обсеменения;
- Б. некроза и кальцинации;
- В. экссудации, трансудации и отложения фибрина;
- Г. обструкции, рестрикции, деструкции;
- Д. серого и красного «опеченения».

Под термином «атипичная пневмония» принято подразумевать:

- А. пневмококковую пневмонию верхнедолевой локализации;
вирусную пневмонию;
эозинофильный инфильтрат;
пневмонию, вызванную хламидиями;
пневмонию, вызванную грамотрицательной флорой.

Нозокомиальной принято называть пневмонию, возникшую:

- А. у ранее нелеченого человека;
ранее 48 часов после госпитализации пациента;
у беременной женщины после 20 недель беременности;
позднее 48 часов после госпитализации пациента;
у больного, лечившегося в домашних условиях от другого заболевания.

Раздел 1 «Пульмонология»

Клиническое практическое занятие 2 «Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Классификация. Осложнения. Диагностика. Лечение. Астматическое состояние. Неотложная помощь»

Вопросы для самоподготовки

1. Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез.
2. Бронхиальная астма. Классификация. Клиника. Диагностика.
3. Лечение бронхиальной астмы при обострении.
4. Лечение бронхиальной астмы вне обострения.
5. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы.
6. Астматическое состояние. Критерии стадий.
7. Астматическое состояние. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь.

Подготовка к тестированию

выберите один или несколько правильных ответов.

1. Воспаление дыхательных путей при бронхиальной астме:

- А. острое;
- Б. хроническое;
- В. инфекционнозависимое;
- Г. аллергическое;
- Д. рецидивирующее.

Основные фенотипические признаки астмы:

- А. нейтрофилез крови;
- Б. эозинофилия крови;
- В. увеличение IgM;
- Г. увеличение IgG;
- Д. увеличение IgE;
- Е. гиперреактивность бронхов.

Симптомы, появляющиеся 4 раза в неделю, но не более 1 раза в день, соответствуют следующей степени тяжести бронхиальной астмы:

- А. легкой интермиттирующей;
- Б. легкой персистирующей;
- В. средней;
- Г. тяжелой.

Ночные симптомы бронхиальной астмы, появляющиеся каждую ночь и под утро, соответствующие следующей степени тяжести бронхиальной астмы:

- А. легкой интермиттирующей;
- Б. легкой персистирующей;
- В. средней;
- Г. тяжелой.

Снижение объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) ниже 60% соответствует следующей степени тяжести неконтролируемой бронхиальной астмы:

- А. легкой интермиттирующей;
- Б. легкой персистирующей;
- В. средней;
- Г. тяжелой.

У больного ежедневные приступы удушья, снимаемые бронхолитиками короткого

действия, пиковая скорость выдоха составляет 70% от должного. Должно быть назначено следующее лечение:

- А. теофедрин;
- Б. сальбутамол ситуационно;
- В. сальбутамол по 2 вдоха 3 раза в день;
- Г. сальметерол 2 раза в день;
- Д. беклометазон 800 мкг в сутки;
- Е. беклометазон 300 мкг в сутки.

Базисная терапия бронхиальной астмы не проводится:

- А. р2-агонистами короткого действия;
- Б. теофиллинами;
- В. р2-агонистами длительного действия;
- Г. ингаляционными глюкокортикостероидами;
- Д. системными стероидами.

В базисной терапии аспириновой бронхиальной астмы предпочтение отдается:

- А. р2-агонистам короткого действия;
- Б. р2-агонистам длительного действия;
- В. теофиллинам;
- Г. ингаляционным глюкокортикостероидам;
- Д. системным стероидам;
- Е. антилейкотриеновым препаратам.

Какой препарат наиболее показан для лечения астматического статуса:

- А. атропин парентерально;
- Б. сальбутамол через дозированный ингалятор;
- В. ингаляции интала через небулайзер;
- Г. преднизолон парентерально;
- Д. сернокислая магнезия перентерально.

Раздел 1 «Пульмонология»

Клиническое практическое занятие 3 «Хроническая обструктивная болезнь легких. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Лечение.

Хроническое легочное сердце. Дыхательная недостаточность. Диагностика. Принципы лечения»

Вопросы для самоподготовки

1. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Этиология. Патогенез.
2. ХОБЛ. Классификация. Клиника. Диагностика.
3. Лечение ХОБЛ в зависимости от стадии.
4. Хроническое легочное сердце. Классификация. Клиника. Диагностика.
5. Дыхательная недостаточность. Классификация. Клиника. Диагностика.
6. Лечение хронического легочной сердца.
7. Лечение дыхательной недостаточности.

Подготовка к тестированию

выберите один или несколько правильных ответов.

1. Базисная терапия при всех стадиях ХОБЛ включает:

- А. р2-агонисты короткого действия;
- Б. Р2-агонисты длительного действия;
- В. теофиллины;
- Г. ингаляционные холинолитики;
- Д. ингаляционные глюкокортикостероиды;
- Е. кромоны;
- Ж. муколитики.

2. К базисной терапии ХОБЛ средней тяжести в период обострения необходимо добавить:

- А. (32-агонисты короткого действия;
- Б. р2-агонисты длительного действия;
- В. теофиллины;
- Г. ингаляционные холинолитики;
- Д. ингаляционные глюкокортикостероиды;
- Е. системные глюкокортикостероиды;
- Ж. антибиотики.

1.

2. Воспаление дыхательных путей при бронхиальной астме:

- А. острое;
- Б. хроническое;
- В. инфекционнозависимое;
- Г. аллергическое;
- Д. рецидивирующее.

Основные фенотипические признаки астмы:

- А. нейтрофилез крови;
- Б. эозинофилия крови;
- В. увеличение IgM;
- Г. увеличение IgG;
- Д. увеличение IgE;
- Е. гиперреактивность бронхов.

Симптомы, появляющиеся 4 раза в неделю, но не более 1 раза в день, соответствуют следующей степени тяжести бронхиальной астмы:

- А. легкой интермиттирующей;
- Б. легкой персистирующей;
- В. средней;
- Г. тяжелой.

Ночные симптомы бронхиальной астмы, появляющиеся каждую ночь и под утро, соответствующие следующей степени тяжести бронхиальной астмы:

- А. легкой интермиттирующей;
- Б. легкой персистирующей;
- В. средней;
- Г. тяжелой.

Снижение объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) ниже 60% соответствует следующей степени тяжести неконтролируемой бронхиальной астмы:

- А. легкой интермиттирующей;
- Б. легкой персистирующей;
- В. средней;
- Г. тяжелой.

У больного ежедневные приступы удушья, снимаемые бронхолитиками короткого

действия, пиковая скорость выдоха составляет 70% от должного. Должно быть назначено следующее лечение:

- А. теофедрин;
- Б. сальбутамол ситуационно;
- В. сальбутамол по 2 вдоха 3 раза в день;
- Г. сальметерол 2 раза в день;
- Д. беклометазон 800 мкг в сутки;
- Е. беклометазон 300 мкг в сутки.

Базисная терапия бронхиальной астмы не проводится:

- А. р2-агонистами короткого действия;
- Б. теофиллинами;
- В. р2-агонистами длительного действия;
- Г. ингаляционными глюкокортикостероидами;
- Д. системными стероидами.

В базисной терапии аспириновой бронхиальной астмы предпочтение отдается:

- А. р2-агонистам короткого действия;
- Б. р2-агонистам длительного действия;
- В. теофиллинам;
- Г. ингаляционным глюкокортикостероидам;
- Д. системным стероидам;
- Е. антилейкотриеновым препаратам.

Какой препарат наиболее показан для лечения астматического статуса:

- А. атропин парентерально;
- Б. сальбутамол через дозированный ингалятор;
- В. ингаляции интала через небулайзер;
- Г. преднизолон парентерально;
- Д. сернокислая магнезия перентерально.

Раздел 2 «Кардиология»

Клиническое практическое занятие 4 «Гипертоническая болезнь. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Принципы лечения и профилактика. Гипертонические кризы. Классификация. Диагностика. Неотложная помощь»

Вопросы для самоподготовки

1. Гипертоническая болезнь. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика.
2. Стратификация риска сердечно-сосудистых осложнений при гипертонической болезни.
3. Лечение артериальной гипертензии. Основные группы антигипертензивных препаратов. Механизм действия.
4. Гипертонический криз. Классификация. Клиника.
5. Неотложная помощь при гипертонических кризах.

Подготовка к тестированию

выберите один или несколько правильных ответов.

1. Гипертоническая болезнь начинается обычно:

- А. до 20 лет;
- Б. 20-30 лет;
- В. 30-50 лет;
- Г. 60-75 лет;
- Д. 75 лет и старше.

АД на правой и левой руке в норме отличается не более, чем на:

- А. 5 мм рт. ст.;
- Б. 10 мм рт. ст.;
- В. 15 мм рт. ст.;
- Г. 20 мм рт. ст.
- Д. не отличается.

Наиболее информативный метод при выявлении гипертрофии левого желудочка:

- А. ЭКГ;
- Б. велоэргометрия;
- В. ЭхоКГ;
- Г. вентрикулография;
- Д. рентгенография грудной клетки.

Выберите ингибиторы АПФ:

- А. каптоприл;
- Б. лизиноприл;
- В. периндоприл;
- Г. лозартан;
- Д. верошпирон.

Выберите антигипертензивные препараты центрального действия II поколения (агонисты имидазолиновых рецепторов):

- А. гуанфацин;
- Б. клонидин;
- В. метилдопа;
- Г. моксонидин;
- Д. рилменидин.

Укажите абсолютные противопоказания к назначению бета-адреноблокаторов:

- А. атриовентрикулярная блокада II степени;
- Б. нарушение толерантности к глюкозе;
- В. хроническая сердечная недостаточность II функционального класса;
- Г. бронхиальная астма;
- Д. нарушенная толерантность к глюкозе.

Характерные признаки для больного гипертонической болезнью II стадии:

- А. перенесенный инфаркт миокарда;
атеросклеротическая бляшка в области бифуркации сонной артерии или толщина
слоя интима-медиа сонной артерии 1,3 мм;
перенесенный инсульт;
креатинин сыворотки 120 мкмоль/л;
геморрагии на глазном дне;
толщина задней стенки левого желудочка в диастолу 14 мм.

Выберите вазодилататор, содержащий в качестве действующего вещества нитропруссид натрия:

- А. апрессин;
- Б. кормагнестин;
- В. нанипрус;
- Г. глиофен;

Д. дибазол.

Выберите пути введения и дозы препарата нифедипин:

- А. внутрь по 0,01 г;
- Б. внутримышечно 2% - 2 ml;
- В. внутрь по 0,5;
- Г. внутривенно 2% - 5 ml;
- Д. сублингвально по 0,01 г.

В каких клинических ситуациях гипертонический криз считается осложненным:

- А. Острый коронарный синдром.
- Б. Расслаивающая аневризма аорты.
- В. Гипертоническая энцефалопатия.
- Г. При повышении АД более 180 и 100 мм.рт.ст.
- Д. Феохромоцитома.

Показания к экстренной госпитализации больных с артериальной гипертензией:

- А. Гипертонический криз, не купирующийся на догоспитальном этапе.
- Б. Гипертонический криз с выраженными проявлениями гипертонической энцефалопатии.
- В. Осложнения артериальной гипертензии, требующие интенсивной терапии.
- Г. Злокачественная артериальная гипертензия. Неясность диагноза и необходимость в инвазивных диагностических процедурах.

В каких клинических ситуациях при гипертоническом кризе необходимо снизить артериальное давление наиболее быстро:

- А. Мозговой инсульт.
- Б. Расслаивающая аневризма аорты.
- В. Острый коронарный синдром.
- Г. Криз при феохромоцитоме.
- Д. Криз у послеоперационных больных при угрозе кровотечения.

Написание истории болезни

- Соответствие поставленного диагноза диагнозу данного больного.
- Умение правильно сформулировать диагноз согласно современным общепринятым классификациям данной нозологии.
- Правильный выбор ведущего синдрома.
- Использование метода исключения с подбором заболеваний по ведущему синдрому.
- Назначение базовых методов инструментально-лабораторной диагностики.
- Назначение дополнительных методов инструментально-лабораторной диагностики.
- Назначение неотложной терапии.
- Назначение плановой терапии.
- Проведение первичной и вторичной профилактики с назначением рекомендаций при выписке из стационара.
- Соблюдение правил орфографии и пунктуации.
- Отсутствие стилистических ошибок.

Раздел 2 «Кардиология»

Клиническое практическое занятие 5 «Ишемическая болезнь сердца. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника и диагностика стенокардии. Острый коронарный синдром. Инфаркт миокарда. Клиника. Инструментально-лабораторная диагностика. Принципы лечения»

Вопросы для самоподготовки

1. Атеросклероз. Факторы риска. Диагностика. Принципы лечения.
2. Ишемическая болезнь сердца. Этиология. Патогенез. Классификация.
3. Острый коронарный синдром. Классификация. Диагностика. Тактика ведения больных.
4. Функциональные нагрузочные тесты в диагностике ишемической болезни сердца.
5. Инфаркт миокарда. Этиология. Патогенез. Классификация.
6. Инфаркт миокарда. Клинические формы. ЭКГ, ЭхоКГ-диагностика.
7. Лабораторная диагностика инфаркта миокарда.
8. Ранние и поздние осложнения инфаркта миокарда. Диагностика.
9. Лечение инфаркта миокарда.
10. Стабильная стенокардия. Классификация. Клиника. Диагностика.
11. Нестабильная стенокардия. Классификация. Клиника. Прогноз. Лечение.
12. Лечение стабильной стенокардии.
13. Неотложная помощь при приступе стенокардии.
14. Первичная остановка кровообращения. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь.

Подготовка к тестированию

выберите один или несколько правильных ответов.

1. Расположите по порядку стадии атеросклеротического процесса:
 - А. липидные полосы;
 - Б. фиброатерома;
 - В. осложнения (разрывы, кровоизлияния в бляшку, тромбозы);
 - Г. переходные поражения;
 - Д. атерома.

К факторам риска атеросклероза относятся:

- А. мужской пол;
- Б. женский пол;
- В. пожилой возраст;
- Г. дислипидемия;
- Д. гипопропротеинемия;
- Е. артериальная гипертензия;
- Ж. артериальная гипотензия;
- З. курение;
- И. злоупотребление алкоголем;
- К. наркомания;
- Л. ожирение;
- М. сахарный диабет;
- Н. тиреотоксикоз.

Для типичной стенокардии характерна загрудинная боль следующих качеств:

- А. иррадиирующая в левую руку, левую лопатку, возникающая при физической

- нагрузке или эмоциональном стрессе;
 - Б. возникающая в покое или при приеме пищи;
 - В. усиливающаяся при глубоком вдохе;
 - Г. проходящая в покое или после приема нитроглицерина;
 - Д. проходящая после приема нитроглицерина.
- Вариантная стенокардия возникает вследствие:
- А. тромбоза коронарных артерий;
 - Б. спазма коронарных артерий;
 - В. эмболии коронарных артерий;
 - Г. токсического повреждения миокарда;
 - Д. атеросклероза коронарных артерий.
- Критерии стенокардии Принцметала:
- А. преходящее снижение ST на ЭКГ;
 - Б. преходящий подъем ST на ЭКГ;
 - В. переменный порог возникновения стенокардии;
 - Г. постоянный (стабильный) порог возникновения стенокардии;
 - Д. расширение QRS.
- Для коррекции атерогенных дислипидемий наиболее часто используют:
- А. диету;
 - Б. статины;
 - В. фибраты;
 - Г. секвестранты желчных кислот;
 - Д. никотиновую кислоту и ее производные.
- Какие препараты предпочтительнее назначить больному с вазоспастической стенокардией:
- А. нитраты;
 - Б. антагонисты ионов Са;
 - В. бета-блокаторы;
 - Г. ингибиторы АПФ;
 - Д. симпатолитики.
- Выберите блокатор медленных кальциевых каналов (антагонист кальция) из группы бензотиазепинов:
- А. нифедипин;
 - Б. исрадипин;
 - В. амлодипин;
 - Г. верапамил;
 - Д. дилтиазем.
- Выберите кардиоселективные бета-адреноблокаторы:
- А. пропранолол;
 - Б. атенолол;
 - В. метопролол;
 - Г. бисопролол;
 - Д. бетаксолол;
 - Е. небиволол.
- У больного с инфарктом миокарда устойчивая желудочковая тахикардия, головокружение. Какое средство назначить (1 ответ):
- А. Пропафенон
 - Б. Лидокаин
 - В. Верапамил

Противопоказаниями к лечению бета-блокаторами больного с острым инфарктом миокарда являются:

- А. Р-Q интервал > 0,24 сек.
- Б. Застойные хрипы в легких
- В. Бронхообструктивный синдром
- Г. ЧСС < 50 в мин.
- Д. АД сист. < 100 мм.рт.ст.
- Е. Все перечисленное

Отличительными признаками перикардита от инфаркта миокарда являются (3 ответа):

- А. Стойкий шум трения перикарда
- Б. Положительный Т в сочетании с подъемом ST
- В. Отрицательный Т в сочетании с подъемом ST
- Г. Блокада ножек пучка Гиса
- Д. Отсутствие широкого Q

Переднеперегородочный инфаркт миокарда регистрируется в отведениях:

- А. V1-3
- Б. III, AVR
- В. V3,4
- Г. I, AVL, V1-3

Распространенный передний инфаркт миокарда регистрируется в:

- А. I, AVL, V1-6
- Б. V7-8
- В. III, AVF

Выберите наиболее эффективный препарат в плане уменьшения гипертрофии левого желудочка:

- А. Физиотенз
- Б. Метопролол
- В. Гипотиазид
- Г. Лозартан калия
- Д. Доксазозин

При ОКС с подъёмом ST уменьшение смертности связано с применением (3 ответа):

- А. ГИК
- Б. Тромболитика
- В. β -блокаторов
- Г. Нитроглицерина
- Д. Аспирин

Раздел 2 «Кардиология»

Клиническое практическое занятие 6 «Нарушения ритма и проводимости сердца.

Клиника и ЭКГ-диагностика. Принципы лечения. Недостаточность кровообращения. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Принципы лечения»

Вопросы для самоподготовки

1. Первичная остановка кровообращения. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь.
2. Классификация нарушений сердечного ритма. Методы диагностики.
3. Антиаритмические препараты. Классификация. Механизм действия.
4. Фибрилляция предсердий. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
5. Пароксизмальная желудочковая тахикардия. Клиника. ЭКГ-диагностика. Неотложная помощь.
6. Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия. Клиника. ЭКГ-диагностика. Неотложная помощь.
7. Атриовентрикулярная блокада. Клиника. ЭКГ-диагностика. Принципы лечения

Подготовка к тестированию

выберите один или несколько правильных ответов.

Какие желудочковые экстрасистолы опасны с прогностической точки зрения? (2 ответа)

- Ж. Монотопные
- З. Политопные
- И. Спаренные и залповые
- К. R на T

У больного молодого возраста отмечаются приступы сердцебиений, по характеру напоминающие пароксизмальную тахикардию. Со слов больного приступы купировались при натуживании в туалете. Какой вид пароксизмальной тахикардии можно предположить?

- А. Атриовентрикулярная
- Б. Желудочковая

Целью холтеровского мониторирования у больных с синкопальными состояниями являются:

- А. Выявление пауз и эпизодов асистолии
- Б. Выявление эпизодов тахиаритмий
- В. Ишемических эпизодов
- Г. Всё перечисленное

У больного на ЭКГ через один интервал появляется желудочковая экстрасистолия, это:

- А. Тригимения
- Б. Квадригимения
- В. Бигемия

ЭКГ-характеристика желудочковой экстрасистолии (2 ответа):

- А. Зубец Р есть перед экстрасистолой
- Б. Зубца Р нет перед Экстрасистолой
- В. Комплекс QRS уширен, ST смещен
- Г. Комплекс QRS не уширен, ST не смещен

Перечислите показания к экстренной электрической дефибрилляции:

- А. Асистолия

- Б. Полная А-В блокада
 - В. Фибрилляция предсердий с экстрасистолой
 - Г. Фибрилляция или трепетание желудочков
- ЭКГ-характеристика желудочковой пароксизмальной тахикардии:
- А. Комплекс QRS не уширен
 - Б. Комплекс QRS уширен
- Синдром слабости синусового узла – это:
- А. Синусовая брадикардия менее 40-50 в минуту
 - Б. Остановка синусового узла
 - В. Синоатриальная блокада
 - Г. Синдром бради-тахикардии
 - Д. Все перечисленное
- Лидокаин эффективен в купировании:
- А. Наджелудочковой тахикардии
 - Б. Желудочковой тахикардии
 - В. Мерцательной аритмии
 - Г. Синдром слабости синусового узла
- Средством купирования пароксизма мерцательной аритмии является (3 ответа):
- А. Амиодарон
 - Б. Мезатон
 - В. Пропафенон
 - Г. Аппаратная кардиоверсия
 - Д. Лидокаин
- Синдром удлиненного интервала Q-T может быть предвестником:
- А. Остановки синусового узла
 - Б. Веретенообразной формы желудочковой тахикардии
 - В. Полной А-В блокады
 - Г. Мерцания предсердий
- У больного 60 лет приступы потери сознания. ЧСС лежа-50, стоя-55. При пробе с атропином прирост ЧСС 10 уд. В минуту. Ваш диагноз:
- А. Ваготоническая дисфункция синусового узла
 - Б. Синдром слабости синусового узла
- Для трепетания предсердий (тахиформа) характерно:
- А. Купирование массажем каротидного синуса
 - Б. Изменение ширины волн F соответственно дыханию
 - В. Восстановление ритма после в/в введения аденозина
 - Г. Преходящая А-В блокада после введения аденозина
- У больного с ИБС тахикардия 135 в мин. С узкими строго регулярными QRS. Наиболее вероятным является:
- А. Хаотическая предсердная тахикардия
 - Б. А-В узловая тахикардия
 - В. Трепетание предсердий 2:1

Раздел 3 «Ревматология»

Клиническое практическое занятие 7 «Ревматическая лихорадка. Миокардиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Принципы лечения и профилактики»

Вопросы для самоподготовки

1. Острая ревматическая лихорадка. Этиология. Патогенез. Классификация.
2. Диагностические критерии острой ревматической лихорадки.
3. Острая ревматическая лихорадка. Принципы лечения.
4. Первичная и вторичная профилактика ревматической лихорадки
5. Инфекционный эндокардит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
6. Миокардиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика Лечение.

Подготовка к тестированию

выберите один или несколько правильных ответов.

1. Наиболее частыми возбудителями бактериального эндокардита являются (верно все, кроме одного):

- А. Стафилококки
- Б. Зеленыя стрептококки
- В. Энтерококки
- Г. Грибы
- Д. Вирусы

К клиническим синдромам при миокардитах относятся:

- А. Болевой
- Б. Аритмический
- В. острая левожелудочковая недостаточность
- Г. хроническая сердечная недостаточность
- Д. диспепсический

Первичными хроническими очагами при инфекционном эндокардите являются:

- А. Хронические тонзилиты, отит, синусит
- Б. Зубные гранулемы
- В. Альвеолярная пиорея
- Г. Инфекция в желчных путях, мочевом пузыре, кишечнике, гениталиях, остеомиелиты

Важнейшим ЭхоКГ-проявлением инфекционного эндокардита является:

- А. Акинезия миокарда
- Б. Вегетация на клапанах
- В. Проплапс митрального клапана
- Г. Жидкость в полости перикарда

Наиболее часто при первичном инфекционном эндокардите поражается:

- А. Митральный клапан
- Б. Аортальный клапан
- В. Трикуспидальный клапан
- Г. Клапан легочной артерии

К большим диагностическим критериям острой ревматической лихорадки не относится:

- А. Кардит

- Б. Артрит
- В. Лихорадка
- Г. Хорея
- Д. Ревматические узелки

Критерии хронической ревматической болезни сердца (2 ответа):

- А. Ревматические узелки
- Б. Артрит
- В. Поствоспалительный краевой фиброз клапанных створок
- Г. Порок сердца
- Д. Хорея

Раздел 3 «Ревматология»

Клиническое практическое занятие 8 «Приобретенные пороки сердца. Этиология. Нарушение гемодинамики. Диагностика. Принципы лечения»

Вопросы для самоподготовки

1. Недостаточность двустворчатого клапана. Нарушение гемодинамики. Клиника. ЭКГ, ЭхоКГ-диагностика.
2. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Нарушение гемодинамики. Клиника. ЭКГ, ЭхоКГ-диагностика.
3. Недостаточность аортального клапана. Нарушение гемодинамики. Клиника. ЭКГ, ЭхоКГ-диагностика.
4. Аортальный стеноз. Гемодинамика. Клиника. ЭКГ, ЭхоКГ-диагностика.

Подготовка к тестированию

выберите один или несколько правильных ответов.

У больного митральный стеноз и отек легких. АД 120 и 90 мм.рт.ст. В вашем распоряжении строфантин и игла для кровопускания. Какой способ наиболее рационален?

- А. Строфантин
- Б. Кровопускание

Основные аускультативные (и ФКГ) признаки митрального стеноза (3 ответа):

- А. Ослабленный 1 тон
- Б. III тон
- В. Хлопающий 1 тон
- Г. Щелчок открытия митрального клапана
- Д. Поздний диастолический шум с пресистолическим усилением
- Е. Систолический шум

Какой диастолический шум исчезнет у больного митральным стенозом при возникновении мерцательной аритмии?

- А. Мезодиастолический
- Б. Протодиастолический
- В. Пресистолический

Основные аускультативные признаки недостаточности митрального клапана (3 ответа):

- А. Ослабленный 1 тон
- Б. III тон
- В. Хлопающий 1 тон
- Г. Щелчок открытия митрального клапана

- Д. Поздний диастолический шум с пресистолическим усилением
- Е. Систолический шум

Аускультативные признаки выраженной недостаточности аортального клапана (3 ответа):

- А. Хлопающий 1 тон
- Б. Ослабленный 1 тон
- В. Ранний диастолический шум
- Г. Систолический шум
- Д. Громкий 2 тон
- Е. Ослабленный 2 тон

Назовите пальпаторные признаки клапанного стеноза устья аорты (2 ответа):

- А. Диастолическое дрожание
- Б. Систолическое дрожание
- В. Усиленный правожелудочковый толчок
- Г. Усиленный левожелудочковый толчок

Где выслушивается диастолический шум при незначительной недостаточности аортального клапана?

- А. Зона аорты
- Б. Зона Боткина-Эрба (3 и 4 межреберье)
- В. Зона верхушки сердца.

Больного с заболеванием сердца беспокоит одышка и сердцебиение в покое.

Выслушиваются влажные хрипы в легких, имеется гидроторакс. Увеличена печень, имеются отеки голеней и стоп, асцит. Применение дигоксина, мочегонных, ингибиторов АПФ, верошпирона не дало положительных результатов. Какая стадия хронической сердечной недостаточности у больного? (1 ответ):

- А. ХС Н II А
- Б. ХС Н II Б
- В. ХСН I
- Г. ХСН III

Основные аускультативные признаки недостаточности митрального клапана (3 ответа):

- А. Ослабленный 1 тон
- Б. III тон
- В. Хлопающий 1 тон
- Г. Щелчок открытия митрального клапана
- Д. Поздний диастолический шум с пресистолическим усилением
- Е. Систолический шум

Какой наиболее вероятный признак, характеризующий митральную недостаточность и сочетанный митральный порок с преобладанием недостаточности (1 ответ):

- А. Левый желудочек увеличен. Степень выбухания четвертой дуги влево прямо пропорциональна степени увеличения левого желудочка
- Б. Левый желудочек не увеличен
- В. Левый желудочек уменьшен

Первым симптомом митрального стеноза обычно является:

- А. Периферические отеки
- Б. Боли в брюшной полости вслед за увеличением печени
- В. Сердцебиение вследствие предсердной аритмии
- Г. Одышка
- Д. Ортопное

Раздел 3 «Ревматология»

Клиническое практическое занятие 9 «Ревматоидный артрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника и диагностика. Принципы лечения и профилактика. Диффузные заболевание соединительной ткани: СКВ, дерматомиозит, синдром Шегрена. Изменения в полости рта. Диагностика. Принципы лечения»

Вопросы для самоподготовки

1. Ревматоидный артрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностические критерии.
2. Принципы лечения ревматоидного артрита.
3. Остеоартроз. Этиология. Основные клинические проявления и диагностика.
4. Нестероидные противовоспалительные препараты. Механизм действия. Классификация. Побочные действия.
5. Глюкокортикостероиды. Принципы лечения. Побочные действия.
6. Системная красная волчанка. Клиника. Диагностические критерии. Принципы лечения.
7. Системная склеродермия. Клиника. Диагностические критерии. Принципы лечения.
8. Дерматомиозит. Диагностические критерии. Принципы лечения.

Подготовка к тестированию

выберите один или несколько правильных ответов.

1. Какие суставы преимущественно поражаются при ревматоидном артрите (РА):
 - 1) лучезапястные;
 - 2) коленные;
 - 3) суставы позвоночника;
 - 4) межфаланговые;
 - 5) тазобедренные.
2. Какие иммунокомпетентные клетки играют ведущую роль в патогенезе РА?
 - 1) эозинофилы;
 - 2) гранулоциты;
 - 3) Т; В-лимфоциты;
 - 4) моноциты.
3. Назовите нормальные показатели анализа крови на фибриноген:
 - 1) 5-8 г /л;
 - 2) 8-10 г / л;
 - 3) 2-4 г/ л.
4. Какой наиболее специфический ранний признак РА?
 - 1) отек суставов;
 - 2) тендовагинит;
 - 3) аннулярная эритема;
 - 4) утренняя скованность;
 - 5) стартовые боли.
5. Перечислите варианты начала заболевания при РА:
 - 1) острое;
 - 2) подострое;
 - 3) первично хроническое;

- 4) персистирующее;
 - 5) быстро прогрессирующее.
6. В какое время суток максимально выражены суставные боли в дебюте РА:
- 1) днем;
 - 2) вечером, после нагрузки;
 - 3) в утренние часы;
 - 4) ночью;
 - 5) в течение суток.
7. Какой характер носит поражение суставов при РА?
- 1) мигрирующий моноартрит;
несимметричное поражение крупных суставов;
симметричное поражение;
моноартрит коленного сустава;
моноартрит лучезапястного сустава
8. Для ревматоидного артрита характерны все признаки, кроме:
- 1) двустороннее поражение суставов;
 - 2) симметричное поражение суставов кистей рук;
 - 3) поражение дистальных суставов пальцев рук;
 - 4) отсутствие поражения крестцово-подвздошного сочленения;
 - 5) подвывихи мелких суставов.
9. Какой из внесуставных симптомов наиболее характерен для ревматоидного артрита:
- 1) ревматоидные узелки;
 - 2) интерстициальный фиброз легких;
 - 3) васкулит;
 - 4) нейропатия;
 - 5) перикардит.
10. Перечислите изменения в ОАК при РА:
- 1) лейкоцитоз;
 - 2) анемия;
 - 3) повышение СОЭ;
 - 4) анизоцитоз;
 - 5) лейкопения.
11. Назовите, что представляют собой тофусы:
- 1) остеофиты;
 - 2) отложение в тканях уратов;
 - 3) воспалительные гранулемы;
 - 4) уплотнение подкожной клетчатки;
 - 5) все перечисленное верно.
12. Выберите селективный НПВП:
- 1) диклофенак натрия;
 - 2) нимесулид;
 - 3) индометацин;
 - 4) целебрекс;
 - 5) ибупрофен.
13. Диагностическими критериями ревматоидного артрита являются:
- 1) утренняя скованность в суставах не менее 1 часа;
 - 2) артрит 3-х и более суставов;

- 3) первоначальное поражение суставов кистей;
 - 4) симметричный артрит;
 - 5) ревматоидные узелки;
 - 6) ревматоидный фактор;
 - 7) эпифизарный остеопороз на рентгенограмме.
14. У больного 50 лет имеются боли в мышцах шеи, проксимальных отделов конечностей, мышечная слабость. Мышцы уплотнены при пальпации. Ваш диагноз:
- А. Системная склеродермия
 - Б. СКВ
 - В. Дерматомиозит
 - Г. Полимиозит
15. У женщины, страдавшей ранее синдромом Рейно, имеются плотные отеки кожи, заостренность носа, кистеобразные складки вокруг рта. Ваш диагноз:
- А. СКВ
 - Б. Дерматомиозит
 - В. Узелковый периартериит
 - Г. Системная склеродермия
16. Какие осложнения могут возникнуть при длительном лечении кортикостероидами (3 ответа)?
- А. Гепатит
 - Б. Стероидный диабет
 - В. Колит
 - Г. Обострение язвенной болезни
 - Д. Синдром Кушинга
 - Е. Бронхиальная астма
17. Какой препарат является основным в лечении дерматомиозита:
- А. Азатиоприн
 - Б. Коринфар
 - В. Преднизолон
 - Г. Колхицин
 - Д. Делагил
18. При исследовании периферической крови при СКВ не характерно обнаружение:
- А. Ускоренного СОЭ
 - Б. Лейкоцитоза
 - В. Анемии
 - Г. Лимфоцитопении
 - Д. Лейкоцитопении

Раздел 4 «Гастроэнтерология»

Клиническое практическое занятие 10 «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

Хронические гастриты. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.

Этиология. Классификация. Диагностика. Принципы лечения и профилактика. Желудочно-кишечное кровотечение. Диагностика. Неотложная помощь»

Вопросы для самоподготовки

1. Хронический гастрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Лечение.
2. Язвенная болезнь желудка. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика.
3. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика.
4. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиника. Диагностика.
5. Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
6. Диетотерапия при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
7. Санаторно-курортное лечение при заболеваниях органов пищеварения. Показания и противопоказания. Основные курорты.
8. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.

Подготовка к тестированию

выберите один или несколько правильных ответов.

1. При каких заболеваниях характерным признаком является постоянная дисфагия (2 ответа):

- А. Доброкачественные и злокачественные заболевания пищевода
- Б. ГЭРБ
- В. Диффузный эзофагоспазм
- Г. Рубцовые стриктуры пищевода
- Д. Кардиоспазм

Какие признаки характерны для пароксизмальной дисфагии (3 ответа):

- А. Чаще встречается при органических заболеваниях пищевода
- Б. Чаще встречается при функциональных заболеваниях пищевода
- В. Провоцируются волнением, поспешной едой
- Г. Отличается прогрессирующим течением
- Д. Может носить парадоксальный характер

Что понимается под одиофагией: (1 ответ)

- А. Ощущение затрудненного прохождения пищи по пищеводу
- Б. Ощущение болезненного прохождения пищи по пищеводу
- В. Невозможность глотания
- Г. Срыгивание после приема пищи
- Д. Жгучие боли в области мечевидного отростка после еды

Назовите характерные признаки пищевой рвоты: (2 ответ)

- А. Возникает без предшествующей тошноты
- Б. Рвотные массы состоят из остатков непереваренной пищи
- В. Рвотные массы содержат кислое желудочное содержимое
- Г. Характерны все перечисленные признаки

Какие препараты эффективны при лечении гипермоторных дискинезий пищевода: (4

ответа)

- А. Прокинетки
- Б. Пролонгированные нитраты
- В. Блокаторы кальциевых каналов
- Г. Миотропные спазмолитики
- Д. М-холинолитики

Какие особенности болей в грудной клетке характерны для ГЭРБ: (3 ответа)

- А. Возникают в горизонтальном положении и при наклонах туловища
- Б. Возникают при ходьбе
- В. Связаны с приемом пищи
- Г. Купируются антацидами
- Д. Купируются спазмолитиками

Каковы средние сроки заживления эрозий пищевода при ГЭРБ:

- А. 2 недели
- Б. 4 недели
- В. 6 недель
- Г. 8-12 недель

С какой целью в диагностике хеликобактерной инфекции используется метод определения антител к НР: (1 ответ)

- А. Для скрининговых исследований
- Б. С целью контроля полноты эрадикации
- В. С целью определения чувствительности НР к антибиотикам
- Г. С целью определения степени обсемененности слизистой оболочки желудка НР

Назовите основные недостатки микробиологического метода диагностики хеликобактерной инфекции: (3 ответа)

- А. Невозможность применения с целью первичной диагностики
- Б. Невозможность применения с целью контроля полноты эрадикации
- В. Технические трудности, связанные с выращиванием культуры НР
- Г. Необходимость длительного ожидания результатов исследования
- Д. Сравнительная дороговизна

Наименьшее количество крови при кровотечениях из верхнего отдела ЖКТ, при котором появляется мелена:

- А. 25 мл
- Б. Менее 60 мл
- В. 60-100 мл
- Г. 250 мл
- Д. 500 мл

Чем характеризуется рвота при язвенной болезни 12-перстной кишки:

- А. Приносит облегчение
- Б. Не приносит облегчения

Назовите особые формы хронического гастрита согласно «Хьюстонской классификации» 1994 г.: (4 ответа)

- А. Аутоиммунный атрофический гастрит
- Б. Рефлюкс-гастрит
- В. Лимфоцитарный гастрит
- Г. Эозинофильный гастрит
- Д. Неинфекционный гранулематозный гастрит

Для какого из нижеперечисленных заболеваний характерен атрофический аутоиммунный гастрит:

- А. Лучевое поражение

- Б. Цирроз печени с синдромом портальной гипертензии
- В. Болезнь Шенлейна-Геноха
- Г. В 12-дефицитная анемия
- Д. Системные васкулиты

Раздел 5 «Гепатология»

Клиническое практическое занятие 11 «Хронические холециститы. Хронические панкреатиты. Синдром раздраженного кишечника. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Принципы лечения и профилактика. Желчная колика. Диагностика. Неотложная помощь»

Вопросы для самоподготовки

1. Хронический холецистит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика.
2. Лечение хронического холецистита.
3. Желчная колика. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь.
4. Хронический панкреатит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
5. Синдром раздраженного кишечника. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.

Подготовка к тестированию

выберите один или несколько правильных ответов.

2. Для ингибирования секреции поджелудочной железы при обострении хронического панкреатита назначают:
 - А. Мотилиум
 - Б. Ганатон
 - В. Октреотид
 - Г. Дюспаталин
 - Д. Гепабене
- Для ингибирования желудочной секреции при выраженном обострении хронического панкреатита назначают следующие препараты (парентерально): (2 ответа)
 - А. Квамател
 - Б. Нексиум
 - В. Церукал
 - Г. Но-шпу
- Алкоголь способствует возникновению острого панкреатита вследствие:
 - А. Усиления секреции панкреатических ферментов
 - Б. Спазма сфинктера Одди
 - В. Токсического влияния на клетки поджелудочной железы
 - Г. Рвоты, способствующей рефлюксу дуоденального содержимого в проток поджелудочной железы.
 - Д. Всего перечисленного.
- Наиболее характерным симптомом острого панкреатита является:
 - А. Тошнота и рвота
 - Б. Запор
 - В. Желтуха
 - Г. Боль в верхних отделах живота

- Д. Вздутие кишечника
- Острый панкреатит наиболее часто сочетается: (1 ответ)
- А. С гастритом типа А
 - Б. С синдромом раздраженного кишечника
 - В. С желчнокаменной болезнью
 - Г. С гастроэзофагеальным рефлюксом
 - Д. С хроническим вирусным гепатитом В
- Основными причинами хронического панкреатита считаются: (3 ответа)
- А. Заболевания желчевыводящих путей
 - Б. Хронический алкоголизм
 - В. Заболевания большого дуоденального сосочка
 - Г. Гиперспленизм
 - Д. Гиперкортицизм
- Какой этиологический фактор не типичен для панкреатита:
- А. Функциональные, воспалительные и склеротические изменения большого дуоденального соска
 - Б. Запоры
 - В. Рефлюкс желчи и кишечного содержимого в протоки поджелудочной железы
 - Г. Проникновение инфекции лимфогенным путем из соседних органов
 - Д. Д Злоупотребление алкоголем
- Для хронического панкреатита в фазе обострения характерны все жалобы, кроме:
- А. Опоясывающие боли в эпигастрии
 - Б. Боли в левом подреберье с иррадиацией в спину
 - В. Поносы
 - Г. Рвота, приносящая облегчение
 - Д. Снижение или отсутствие аппетита.
- Симптомы, свидетельствующие о недостаточности функции поджелудочной железы могут выявляться: (4 ответа)
- А. Полифекалия
 - Б. Мелена
 - В. Стеаторея
 - Г. Амилорея
 - Д. Креаторея
- Какая из нижеперечисленных желтух сопровождается конъюгированной гипербилирубинемией:
- А. Паренхиматозная
 - Б. Гемолитическая
 - В. Синдром Жильбера
 - Г. Синдром Криглера-Нояра.
- Какие из перечисленных изменений в биохимическом анализе крови характерны для механической желтухи: (1 ответ)
- А. Неконъюгированная гипербилирубинемия, увеличение АЛТ, АСТ;
 - Б. Конъюгированная гипербилирубинемия, снижение уровня холестерина;
 - В. Конъюгированная гипербилирубинемия, увеличение уровня щелочной фосфатазы, ГГТП, холестерина;
 - Г. Неконъюгированная гипербилирубинемия, увеличение уровня ГГТП;
 - Д. Все перечисленные.

Раздел 5 «Гепатология»

Клиническое практическое занятие 12 «Хронические гепатиты и циррозы печени. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Принципы лечения и профилактика»

Вопросы для самоподготовки

1. Хронический гепатит. Этиология. Патогенез. Классификация.
2. Хронический гепатит. Клиника. Диагностика.
3. Лечение хронических гепатитов.
4. Цирроз печени. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Лечение.
5. Критерии портальной гипертензии.
6. Патогенез и лечение асцита при циррозе.
7. Печеночно-клеточная недостаточность. Диагностика. Лечение.
8. Дискинезии желчевыводящих путей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

Подготовка к тестированию

выберите один или несколько правильных ответов.

1. Какие из перечисленных биохимических изменений характерны для синдрома Жильбера:
А. Конъюгированная гипербилирубинемия, увеличение АЛТ, АСТ
Б. Конъюгированная гипербилирубинемия
В. Неконъюгированная гипербилирубинемия
Г. Неконъюгированная гипербилирубинемия, увеличение щелочной фосфатазы.
- Какой синдром не характерен для хронического гепатита:
А. Цитолитический
Б. Мезенхимально-воспалительный
В. Астено-вегетативный
Г. Портальной гипертензии
Д. Диспепсический;
Е. Геморрагический.
- Какой вариант острого вирусного гепатита обычно разрешается выздоровлением:
А. А
Б. В
В. С.
- Какой синдром не характерен для хронического гепатита:
Ж. Цитолитический
З. Мезенхимально-воспалительный
И. Астено-вегетативный
К. Портальной гипертензии
Л. Диспепсический;
М. Геморрагический.
- Какой вариант острого вирусного гепатита обычно разрешается выздоровлением:
Г. А
Д. В
Е. С.

Какой симптом или синдром из перечисленных не характерен для цирроза печени:

- А. Диспепсический
- Б. Астено-вегетативный
- В. Портальной гипертензии
- Г. Острая боль в правом подреберье
- Д. Мезенхимально-воспалительный
- Е. Цитолитический

Какой метод позволяет верифицировать диагноз цирроза печени:

- А. Биохимическое исследование крови
- Б. УЗИ печени
- В. Биопсия печени
- Г. МРТ печени
- Д. ЭРХПГ

Какие морфологические изменения характерны для цирроза печени:

- А. Фиброз, узловая регенерация, перестройка сосудистого русла, воспалительно-инфильтративная реакция
- Б. Воспалительная инфильтрация без признаков фиброза
- В. Жировая дистрофия
- Г. Ни одно из перечисленных

Какой из признаков не отражает портальную гипертензию:

- А. Асцит
- Б. «Голова медузы»
- В. Геморрой
- Г. Варикозное расширение вен пищевода
- Д. Желтуха
- Е. Спленомегалия

Что наиболее характерно для первичного билиарного цирроза печени:

- А. Желтуха
- Б. Кожный зуд
- В. Кровоточивость
- Г. Боли в пояснице
- Д. Все перечисленные симптомы

Асцит при циррозах печени образуется вследствие: (1 ответ)

- А. Вторичного гиперальдостеронизма
- Б. Гипоальбуминемии
- В. Портальной гипертензии
- Г. Всего перечисленного
- Д. Ничего из перечисленного

Раздел 6 «Нефрология»

Клиническое практическое занятие 13 «Гломерулонефриты, пиелонефриты. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Осложнения. Принципы лечения. Пиелонефриты. Диагностика. Принципы лечения. Хроническая болезнь почек. Классификация. Диагностика»

Вопросы для самоподготовки

1. Острый диффузный гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика.
2. Осложнения острого диффузного гломерулонефрита. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Лечение острого диффузного гломерулонефрита.
4. Хронический диффузный гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика.
5. Лечение хронического диффузного гломерулонефрита.
6. Хронический пиелонефрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика.
7. Лечение хронического пиелонефрита.
8. Нефротический синдром. Причины. Клиника. Диагностика.
9. Почечная колика. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь.
10. Острая почечная недостаточность. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
11. Хроническая болезнь почек. Классификация. Диагностика. Принципы лечения.

Подготовка к тестированию

выберите один или несколько правильных ответов.

1. Проба Нечипоренко позволяет:
 - А. Определить величину протеинурии
 - Б. Определить степень лейкоцитурии и гематурии
 - В. Уточнить величину относительной плотности мочи
 - Г. Определить величину клубочковой фильтрации
 - Д. Оценить параметры канальцевой реабсорбции
- Проба по Зимницкому позволяет:
 - А. Определить величину протеинурии
 - Б. Определить степень лейкоцитурии и гематурии
 - В. Уточнить величину относительной плотности мочи
 - Г. Определить величину клубочковой фильтрации
 - Д. Оценить параметры канальцевой реабсорбции
- Гломерулонефриты – группа заболеваний, характеризующихся воспалительными изменениями в первую очередь:
 - А. Клубочков
 - Б. Тубуло-интерстиция
 - В. Чашечно-лоханочной системы
- Классификация гломерулонефритов основана на:
 - А. Особенности морфологической картины
 - Б. Особенности клинической картины
 - С. Продолжительности течения
 - Д. Все перечисленное
- При каком течении острого диффузного гломерулонефрита показаны глюкокортикоидные гормоны (2 ответа)?

- А. Обычное циклическое течение
- Б. Затяжное течение
- В. Нефротический синдром

Для обострения хронического гломерулонефрита гипертонического типа характерны все симптомы, кроме:

- А. Протеинурии.
- Б. Гематурии
- В. Цилиндрурии
- Г. Отеков
- Д. Артериальной гипертензии

Все симптомы характерны для гломерулонефрита, кроме:

- А. Артериальной гипертензии
- Б. Болей в поясничной области
- В. Дизурии
- Г. Отеков
- Д. Изменений мочи

Развитию пиелонефрита способствуют все состояния, кроме одного:

- А. Нарушения иммунитета
- Б. Везико-уретрального рефлюкса
- В. Артериальной гипертензии
- Г. Обструкции мочевых путей
- Д. Сахарного диабета

Какое суждение относительно хронического пиелонефрита является неправильным?

- А. Часто развивается нефротический синдром
- Б. Приводит к хронической почечной недостаточности
- В. Устранение нарушений пассажа мочи имеет определяющее значение в лечении
- Г. В осадке мочи характерно преобладание лейкоцитов
- Д. При УЗИ и урографии характерно ассиметричное поражение чашечно-лоханочной системы

Для хронического пиелонефрита характерны все признаки, кроме одного:

- А. Дизурии
- Б. Бактерии более 100 000 в мл
- В. Деформации лоханок и чашечек почек
- Г. Снижения клубочковой фильтрации
- Д. Снижения канальцевой реабсорбции

Причины ХПН следующие, кроме одной

- А. Хронический гломерулонефрит
- Б. Хронический пиелонефрит
- В. Острый внутрисосудистый гемолиз
- Г. Амилоидоз
- Д. Подагра

Раздел 7 «Гематология»

Клиническое практическое занятие 14 «Анемии. Классификация: железодефицитные, мегалобластные, апластические, гемолитические. Диагностика. Изменения в полости рта. Принципы лечения»

Вопросы для самоподготовки

1. Железодефицитная анемия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника.
2. Лечение железодефицитной анемии.
3. Мегалобластная анемия. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение.
4. Особенности клинических проявлений и диагностики апластических анемий. Принципы лечения.
5. Особенности клинических проявлений и диагностики гемолитических анемий. Принципы лечения.

Подготовка к тестированию

выберите один или несколько правильных ответов.

1. Может ли дефицит железа у матери во время беременности привести к железодефицитной анемии у ребенка?

- А. Нет
- Б. Да

Для железодефицитной анемии характерно:

- А. гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стерильном пунктате
- Б. гипохромия, микроцитоз, мишеневидные эритроциты
- В. гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки
- Г. гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки
- Д. гипохромия, микроцитоз, положительная десфераловая проба

При дифференциальном диагнозе железодефицитной анемии и анемий, связанных с нарушением синтеза гема, основным дифференциально-диагностическим признаком является:

- А. Возраст больных
- Б. Выраженность анемии
- В. Цветовой показатель
- Г. Содержание железа в сыворотке крови.

Назовите основную причину железодефицитных анемий:

- А. Алиментарный фактор
- Б. Беременность и лактация
- В. Хронические кровопотери

Гипорегенераторный характер анемии указывает:

- А. на наследственный сфероцитоз
- Б. на аплазию кроветворения
- В. на недостаток железа в организме
- Г. на аутоиммунный гемолиз

Сидеробласты:

- А. эритроциты, содержащие уменьшенное количество гемоглобина
- Б. красные клетки - предшественники, содержащие негемовое железо в виде гранул
- В. красные клетки-предшественники, не содержащие гемоглобин

Г. ретикулоциты

Для какого состояния характерно обнаружение в костном мозге большого количества сидеробластов с гранулами железа, кольцом окружающими ядро?

- А. железодефицитная анемия
- Б. сидероахрестическая анемия
- В. талассемия
- Г. серповидноклеточная анемия
- Д. наследственный сфероцитоз

Для верификации диагноза анемии у больной 72 лет с НЬ - 81 г/л и ц.п. - 1,2 наиболее важны исследования:

- А. осмотическая резистентность эритроцитов
- Б. уровень прямого и непрямого билирубина
- В. содержание железа сыворотки крови
- Г. стерильная пункция
- Д. верно все перечисленное

Раздел 7 «Гематология»

**Клиническое практическое занятие 15 «Лейкозы. Этиология. Патогенез.
Классификация. Диагностика. Изменения в полости рта. Принципы лечения.
Геморрагические заболевания. Диагностика. Принципы лечения.
Итоговая проверка практических навыков»**

Вопросы для самоподготовки

1. Острые лейкозы. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Хронические лейкозы. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Лейкемоидные реакции. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
4. Агранулоцитоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
5. Звенья гемостаза, типы кровоточивости.
6. Геморрагический васкулит. Этиология. Патогенез. Диагностика. Принципы лечения.
7. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Этиология. Патогенез. Диагностика. Принципы лечения.
8. Гемофилия. Этиология. Патогенез. Диагностика. Принципы лечения.
9. Неотложная помощь при гемофилической кровотечении.

Подготовка к тестированию

выберите один или несколько правильных ответов.

1. У больного хроническим лимфолейкозом, получающего лейкеран в дозе 15мг в сутки, отмечены лихорадка, снижение гемоглобина до 80 г/л, повышение ретикуло- цитов до 40%, увеличение непрямого билирубина. Какая рекомендация наиболее правильная:
 - А. Увеличить дозу лейкерана
 - Б. Заменить лейкеран на циклофосфан
 - В. Назначить дополнительно преднизолон
- У 32-летнего больного в течение месяца отмечаются лихорадка до 38 градусов, устойчивая к антибиотикам, гипергидроз. Выявлены: Увеличение шейных лимфоузлов, нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ до 50мм/час. Какой метод следует избрать для верификации диагноза:

- А. Биопсию лимфоузла
- Б. Стернальную пункцию
- В. Пробное назначение неспецифической противовоспалительной терапии

Какое из перечисленных проявлений не характерно для хронического лимфолейкоза:

- А. Увеличение лимфатических узлов
- Б. Спленомегалия
- В. Инфекционные осложнения
- Г. Аутоимунная гемолитическая анемия
- Д. Патологические переломы костей

Больного беспокоит слабость, повышение температуры. Заболевание началось постепенно. Кожа бледная. Печень и селезенка значительно увеличены. В крови: лейкоцитов 200 тыс/мкл, сдвиг влево до миелоцитов и промиелоцитов. Число тромбоцитов нормально. СОЭ увеличена. Ваш диагноз:

- А. Хронический миелолейкоз
- Б. Эритремия
- В. Хронический лимфолейкоз, абдоминальная форма

Для какой формы хронического лимфолейкоза характерно значительное увеличение лимфатических узлов при невысоком лейкоцитозе:

- А. спленомегалической
- Б. классической
- В. доброкачественной
- Г. костномозговой
- Д. опухолевой

Какой наиболее частый клинический симптом хронического миелолейкоза:

- А. Лихорадка
- Б. Кровоточивость
- В. Увеличение лимфоузлов
- Г. Увеличение печени
- Д. Увеличение селезенки

Для какого варианта острого лейкоза характерно ранее возникновение ДВС-синдрома?

- А. острый миелобластный лейкоз
- Б. острый лимфобластный лейкоз
- В. острый промиелоцитарный лейкоз
- Г. острый монобластный лейкоз
- Д. острый эритромиелоз

При наличии какого признака диагноз острого лейкоза становится очевидным?

- А. анемия
- Б. язвенно-некротические поражения
- В. увеличение лимфоузлов
- Г. бластемия в периферической крови более 20 %
- Д. геморагии

При хроническом миелолейкозе отмечаются все признаки, кроме:

- А. снижение активности ЩФ нейтрофилов
- Б. «тени» Боткина-Гумпрехта в крови

- В. эозинофильно-базофильная ассоциация
- Г. спленомегалия
- Д. ph-хромосома

Раздел 8 «Эндокринология»

Клиническое практическое занятие 16 «Сахарный диабет. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника и лабораторная диагностика. Принципы лечения. Диабетические комы. Диагностика. Лечение. Диффузно-токсический зоб. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Осложнения. Принципы лечения. Итоговое тестирование»

Вопросы для самоподготовки

1. Сахарный диабет. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика.
2. Лечение сахарного диабета.
3. Диетотерапия сахарного диабета.
4. Гипогликемическая кома. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь.
5. Кетоацидотическая кома. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь.
6. Изменения в полости рта при сахарном диабете.
7. Тактика оказания стоматологической помощи больным сахарным диабетом.
8. Стоматологические проявления при заболевании щитовидной железы.
9. Диффузный токсический зоб. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
10. Тиреотоксический криз. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь.
11. Гипотиреоз. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

Подготовка к тестированию

выберите один или несколько правильных ответов.

1. Диагноз сахарного диабета подтверждается при (2 ответа):

- А. Уровне глюкозы плазмы натощак $> 6,7$ ммоль/л
- Б. Уровне глюкозы капиллярной крови натощак $> 6,7$ ммоль/л
- В. Уровне глюкозы плазмы натощак $> 7,0$ ммоль/л
- Г. Уровне глюкозы капиллярной крови натощак $> 6,1$ ммоль/л

В каких случаях проводится глюкозо-толерантный тест?

- А. Отсутствие клинических симптомов диабета
- Б. и повышение гликемии натощак более $6,1$ ммоль/л в капиллярной крови
- В. Б. Отсутствие клинических симптомов диабета и повышение гликемии натощак более $5,5$ ммоль/л, но не выше $6,7$ ммоль/л в капиллярной крови
- Г. Отсутствие клинических симптомов диабета
- Д. и повышение гликемии натощак более $5,5$ ммоль/л, но не выше $6,1$ ммоль/л в капиллярной крови

Аутоиммунная агрессия, приводящая к деструкции β -клеток островков Лангерганса поджелудочной железы характерна для:

- А. Сахарного диабета 1 типа
- Б. Сахарного диабета 2 типа
- А. Все вышеперечисленное

Критерии компенсации углеводного обмена при сахарном диабете 1 типа включают (2

ответа):

- А. Уровень HbA1c 6.0-7.0 %
- Б. Уровень Hb A1c > 7.0%
- В. Уровень гликемии натощак 5,0-6,0, а через 2 часа после еды 7.5-8,0 ммоль/л
- Г. Уровень гликемии натощак > 6.0, а через 2 часа после еды > 9.0 ммоль/л

Критерии компенсации углеводного обмена при сахарном диабете 2 типа включают (2 ответа):

- А. Уровень HbA1c 6.0-6.5 %
- Б. Уровень Hb A1c > 7.0%
- В. Уровень гликемии натощак 5.0-5.5, а через 2 часа после еды < 7.5 ммоль/л
- Г. Уровень гликемии натощак > 6.0, а через 2 часа после еды > 9.0 ммоль/л

Что из перечисленного ниже верно в отношении механизма действия препаратов сульфаниламочевина (2 ответа)?

- А. Усиливают выделение инсулина β -клетками
- Б. Уменьшают инсулинрезистентность тканей
- В. Усиливают глюконеогенез
- Г. Способствуют прибавке массы тела

Сахарный диабет легкого течения диагностируется:

- А. В случаях отсутствия макро- и микрососудистых осложнений
- Б. В случаях диабетической ретинопатии, непролиферативной стадии (ДР-1)
- В. В случаях диабетической нефропатии на стадии микроальбуминурии

Сахарный диабет средней степени тяжести диагностируется (3 ответа):

- А. В случаях диабетической нефропатии на стадии протеинурии
- Б. В случаях диабетической ретинопатии, непролиферативной стадии (ДР-1)
- В. В случаях диабетической нефропатии на стадии микроальбуминурии
- Г. В случаях диабетической полинейропатии
- Д. В случаях отсутствия макро- и микрососудистых осложнений

Сахарный диабет тяжелого течения диагностируется при наличии критериев, кроме:

- А. В случаях диабетической нефропатии на стадии протеинурии или ХПН
- Б. В случаях диабетической ретинопатии, пролиферативной или пролиферативной стадии (ДР-2-3)
- В. В случаях диабетической нефропатии на стадии микроальбуминурии
- Г. В случаях автономной полинейропатии
- Д. В случаях наличия макроангиопатии

К числу макроангиопатий при сахарном диабете относят, кроме:

- А. Постинфарктный кардиосклероз
- Б. Диабетическую нефропатию
- В. Состояние после инсульта
- Г. Оклюзионное поражение нижних конечностей

Характерными клиническими проявлениями тиреотоксикоза являются:

- А. Снижение массы тела
- Б. Повышенная раздражительность
- В. Сонливость
- Г. Запоры
- Д. Стойкая тахикардия

Характерным осложнением после применения мерказолила в лечении тиреотоксикоза является:

- А. Гипокалиемия

- Б. Повышение уровня креатинина и мочевины в крови
- В. Снижение числа нейтрофилов и развитие агранулоцитоза
- Г. Гипергликемия
- Д. Гипокальциемия

Тиреотоксический синдром может встречаться (3 ответа):

- А. При диффузном токсическом зобе
- Б. При зобе Хашимото
- В. При подостром тиреоидите
- Г. При первичной атрофии щитовидной железы
- Д. При ТТГ-секретирующей опухоли гипофиза

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Внутренние болезни: Учебник для студентов мед.вузов. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. М.: ГЭОТАР-Медиа-2015
2. Внутренние болезни. Учебник в 2-х томах. В.С.Моисеев, А.И.Мартынов, Н.А.Мухин. М.: ГЭОТАР-Медиа-2015, 896 с.
3. Внутренние болезни: Учебник. – В 2-х томах. Фатенков В.Н. М.: Медицина, 2008.
4. Внутренние болезни: учебник для студентов мед. вузов: в 2 т. 3-е изд. Под. ред. В.С.Моисеева, А.И.Мартынова, Н.А.Мухин. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т.1.-960 с., Т.2.-895 с.

Дополнительная литература

1. Диагностический справочник. Настольная книга Терапевта. Крюков Н.Н., Качковский М.А. Вербовой А.Ф., Бабанов С.А. М.: Астрель, 2012. – 670 с.
2. Внутренние болезни. Лабораторная и инструментальная диагностика: Учебное пособие. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 800 с.
3. Клиническая электрокардиография: учебное пособие: Голдбергер А.Л. М.: ГЭОТАР-Медиа-2009. – 328 с.
4. Внутренние болезни по Дэвидсону. Гастроэнтерология. Гепатология: учебное пособие/ под ред. Николаса А.Буна и др.; пер. с англ. под ред. В.Т. Ивашкина.М., 2009. – 192 с.: ил.
5. Внутренние болезни по Дэвидсону. Кардиология. Гематология: учебное пособие/ под ред. Николаса А.Буна и др.; пер. с англ. под ред. В.И. Маколкина, В.И.Ершова. М., 2009. – 288 с.: ил.
6. Внутренние болезни по Дэвидсону. Нефрология. Ревматология: учебное пособие/ под ред. Николаса А.Буна и др.; пер. с англ. под ред. Н.А.Мухина. М., 2010. – 176 с.: ил
7. Внутренние болезни по Дэвидсону. Пульмонология: учебное пособие/ под ред. Николаса А.Буна и др.; пер. с англ. под ред. С.И.Овчаренко. М., 2009. – 144 с.: ил.
8. Основы семиотики заболеваний внутренних органов: Учеб. пособие для студентов учрежд. ВПО, 7-е изд. А.В.Струтынский (и др.) М.: МЕДпресс-информ, 2011.

ЛИСТ ИЗМЕНЕНИЙ

№	Дата внесения изменений	№ протокола заседания кафедры, дата	Содержание изменения	Подпись

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра профессиональных болезней и клинической фармакологии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ

Модуль 2

«КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

дисциплины «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

Шифр дисциплины: Б.1.Б.25

Рекомендуется по специальности 31.05.03

СТОМАТОЛОГИЯ

Уровень высшего образования *Специалитет*

Квалификация (степень) выпускника *Врач-стоматолог*

Факультет Стоматологический

Форма обучения очная

Методические рекомендации к лекциям составлены в соответствии с содержанием рабочей программы Модуля 2 «Клиническая фармакология» дисциплины «Внутренние болезни, клиническая фармакология»

Разработчик (и):


В.С. Лотков - профессор кафедры профессиональных болезней и клинической фармакологии, д.м.н.

Н.В. Вакурова - завуч кафедры профессиональных болезней и клинической фармакологии к.м.н., доцент

Т.А. Азовскова - доцент кафедры профессиональных болезней и клинической фармакологии, к.м.н.

Методические рекомендации к лекциям рассмотрены и одобрены на заседании кафедры (протокол № 20, дата 02.06.2017 г.)

Заведующий кафедрой С.А. Бабанов


(подпись)

« 02 » 06 2017

Самара, 2017 г.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

Основным принципом организации самостоятельной работы студентов при изучении учебного материала дисциплины «Клиническая фармакология» является комплексный подход, направленный на формирование навыков репродуктивной и творческой деятельности студента в аудитории, при внеаудиторных контактах с преподавателем на консультации и домашней подготовке. Контроль результатов самостоятельной работы осуществляется преподавателем в пределах времени, отведенного на обязательные учебные занятия и внеаудиторную самостоятельную работу студентов по дисциплине, проводится в письменной, устной или смешанной форме. Контроль включает в себя оценку хода и получаемых промежуточных результатов с целью установления их соответствия с планируемыми. Результаты самостоятельной работы оцениваются в ходе текущего контроля, учитываются в процессе промежуточной аттестации.

При изучении дисциплины «Клиническая фармакология» реализуются следующие формы самостоятельной работы:

1. Непосредственно в процессе аудиторных занятий - на лекциях, практических занятиях, при выполнении контрольных работ, решении ситуационных задач, выполнении тестовых заданий.
2. В контакте с преподавателем вне рамок аудиторных занятий – на консультациях по учебным вопросам, в ходе творческих контактов, при ликвидации задолженностей, при выполнении индивидуальных занятий, в ходе реализации НИРС.
3. В рамках самоподготовки: самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его участия.

Содержание аудиторной и внеаудиторной самостоятельной работы студентов определено в соответствии с видами занятий, представленными в рабочей программе дисциплины «Клиническая фармакология».

Самостоятельная работа студентов в зависимости от цели включает в себя:

Цель - овладеть знаниями:

- чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы);
- работа со справочниками;
- ознакомление с нормативными и правовыми документами;
- использование интернет-ресурсов, изучение сайтов по темам дисциплины.

Цель - закрепить и систематизировать знания:

- работа с конспектом лекции;
- подготовка ответов на контрольные вопросы;
- тестирование.

Цель - сформировать умения:

- подготовка к тестированию;
- подготовка к практическим занятиям.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

(задание на дом)

Раздел 2 «Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению лекарственных средств при заболеваниях в практике врача-стоматолога»
Практическое занятие №1 Тема 1 «Клиническая фармакология антимикробных, противогрибковых и противовирусных препаратов. Клиническая фармакология антисептиков»

Тема 2 «Клиническая фармакология обезболивающих препаратов»

Вопросы для самоподготовки

1. На какие группы делятся антибиотики по механизму воздействия на микроорганизмы?
2. Перечислите антибиотики, которые нарушают функции цитоплазматической мембраны.
3. Какие антибиотики ингибируют синтез микробной стенки?
4. Каким образом реализуется механизм действия бактериостатических антибиотиков? Назовите основных представителей этой группы.
5. Каков спектр антимикробного действия цефалоспоринов?
6. Какие антибиотики узкого спектра подавляют грамотрицательные бактерии?
7. Какие антибиотики широкого спектра вы знаете?
8. Каков механизм и возможные результаты взаимодействия антибиотиков при комбинированной терапии? Приведите пример синергидного и антагонистического сочетания.
9. Какие побочные эффекты возможны при использовании антибиотиков?
10. Какие препараты относятся к группе аминогликозидных антибиотиков? Перечислите побочные эффекты препаратов этой группы.
11. Какие препараты относятся к группе цефалоспориновых антибиотиков? Каков механизм их действия? Побочные эффекты?

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Препаратом первого выбора при рецидивирующем генитальном герпесе является:
а) ацикловир
б) ганцикловир
в) амантадин
г) метисазон
2. При длительном назначении ацикловира больному необходимо мониторировать следующий показатель:
а) клиренс креатинина
б) общий анализ крови
в) количество тромбоцитов
г) общий IgE
3. К противовирусным средствам не относятся;
а) ингибиторы протеаз
б) ингибиторы обратной транскриптазы
в) ингибиторы нейраминидазы
г) ингибиторы протонной помпы

4. Специфическим противовирусным действием не обладает:
- а) ремантадин
 - б) валцикловир
 - в) рибавирин
 - г) ацикловир
5. Ремантадин целесообразно назначать во всех следующих ситуациях кроме:
- а) персонала, оказывающего помощь больным с гриппом
 - б) больных с иммунодефицитными состояниями, у которых применение противогриппозных вакцин малоэффективно
 - в) как дополнение к противогриппозной вакцинации
 - г) больных с аденовирусной инфекцией
6. При развитии, каких побочных эффектов необходимо прекращение приема ремантадина у больных с гриппом:
- а) при беспокойстве
 - б) при депрессии
 - в) при нарушении сна
 - г) при развитии судорожного синдрома
7. Необходимость снижения дозы ремантадина обычно возникает при наличии у больного:
- а) нарушения функции почек
 - б) тяжелого заболевания печени
 - в) бронхолегочной дисплазии
 - г) сердечной недостаточности
8. Длительная терапия препаратами альфа-интерферона наиболее успешна у больных:
- а) с хроническим активным гепатитом В, С
 - б) с персистирующим гепатитом В, С
 - в) с острым гепатитом
 - г) с циррозом печени
9. Противоопухолевый эффект препаратов интерферонов не связан
- а) с усиленной пролиферацией В-лимфоцитов
 - б) индукцией синтеза эндогенных интерферонов
 - в) активацией Т-хелперов
 - г) активацией естественных киллеров
10. Укажите производные нитроимидазола:
- а) Аминохинол б) Тинидазол в) Трихопол г) Фуразолидон
10. Основным побочным эффектом тетрациклинов у лиц пожилого возраста является;
- а) нарушение функции печени
 - б) агранулоцитоз
 - в) псевдомембранозный колит
 - г) судорожный синдром

11. При первичной долевой пневмонии вызванной пневмококком антибиотиком I ряда будет:
- а) левомецетин
 - б) эритромицин
 - в) пенициллин
 - г) имипенем
12. Из перечисленных антибиотиков группы аминогликозидов для лечения специфической инфекции (туберкулёз, чума, туляремия) используется:
- а) неомицин
 - б) стрептомицин
 - в) канамицин
 - г) гентамицин
13. Нехарактерным фармакологическим свойством для аминогликозидов является:
- а) хорошее всасывание при пероральном приеме
 - б) хорошее всасывание при внутрисуставном введении
 - в) хорошая абсорбция с поверхности, поврежденной кожи
 - г) хорошая всасываемость при внутри плев-ральном введении
14. Какой из перечисленных антибиотиков не обладает бактерицидным действием:
- а) пенициллин
 - б) левомецетин
 - в) рифампицин
 - г) ванкомицин
15. Из перечисленных антибиотиков для лечения остеомиелита препаратом выбора будет:
- а) линкомицин
 - б) полимиксин В
 - в) фузидин натрия
 - г) пенициллин
16. Какой из перечисленных антибиотиков обладает наименьшим нефротоксическим действием:
- а) гентамицин
 - б) неомицин
 - в) эритромицин
 - г) стрептомицин
17. Механизм антибактериального действия тетрациклинов заключается:
- а) в специфическом ингибировании синтеза клеточной мембраны
 - б) в подавлении синтеза белка на уровне рибосом
 - в) в ингибировании синтеза РНК на уровне ДНК-матрицы
 - г) в нарушении метаболизма фолиевой кислоты
18. Для лечения инфекций у беременных наиболее рациональным будет назначение:
- а) стрептомицина
 - б) тетрациклина
 - в) пенициллина

г) гентамицина

19. Применение клавулановой кислоты в сочетании с амоксициллином позволяет:

- а) расширить спектр действия амоксициллина на штаммы бактерий производящих бета-лактамазу
- б) снизить токсичность амоксициллина
- в) сократить частоту приема амоксициллина
- г) увеличить проникновение амоксициллина в плаценту и костную ткань

20. Наиболее токсичным из антибиотиков аминогликозидной групп является:

- а) амикацин
- б) тобрамицин
- в) неомицин
- г) гентамицин

Раздел 2 «Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению лекарственных средств при заболеваниях в практике врача-стоматолога»

Тема 3 «Клиническая фармакология местных анестетиков»

Тема 4 «Клиническая фармакология стероидных и нестероидных противовоспалительных лекарственных средств»

Вопросы для самоподготовки

1. Нестероидные лекарственные средства, классификация
2. Основные механизмы действия
3. Пути введения лекарственных средств
4. Факторы, влияющие на основные параметры фармакокинетики нестероидных лс;
5. Основные принципы рационального назначения ЛС, побочные эффекты и их коррекция
6. Применение нестероидных противовоспалительных средств в современной клинической практике.
7. Как выбирать режим дозирования с учетом фармакодинамических параметров нестероидных противовоспалительных препаратов.
8. Использовать фармакодинамические и фармакокинетические параметры для оптимизации режима дозирования
9. Учитывать факторы, изменяющие фармакокинетические и фармакодинамические параметры и уметь прогнозировать их влияние на эффективность и безопасность фармакотерапии заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Выберите местный анестетик из группы амидов:

- А) новокаин
- Б) тетракаин
- В) бензокаин
- Г) кокаин
- Д) лидокаин

2. Выберите местный анестетик из группы эфиров:

- А) лидокаин
- Б) тримекаин
- В) артикаин
- Г) новокаин
- Д) мепивакаин

3. Местные анестетики в большей степени влияют:

- А) на болевую чувствительность
- Б) тактильную чувствительность
- В) температурную чувствительность
- Г) на моторную функцию
- Д) на все перечисленное

4. Местные анестетики влияют на моторную функцию:

- А) в низких дозах
- Б) в высоких дозах
- В) в среднетерапевтических дозах
- Г) отсутствует влияние на моторную функцию

Д) влияние на моторную функцию не зависит от дозы

5. Отметьте механизм действия местных анестетиков:

А) блокада натриевых каналов

Б) блокада калиевых каналов

В) увеличение цитоплазматического кальция

Г) блокада ЦОГ

Д) активация фосфолипазы

6. Скорость абсорбции местных анестетиков зависит:

А) от липофильности препарата

Б) от васкуляризации в месте инъекции

В) от концентрации вводимого раствора

Г) от способности препарата вызывать вазодилатацию

Д) от всего вышеперечисленного

7. Выберите местный анестетик, вызывающий эйфорию:

А) новокаин

Б) кокаин

В) лидокаин

Г) бупивакаин

Д) тетракаин

8. Отметьте системные побочные эффекты местных анестетиков:

А) головокружение

Б) снижение АД

В) аритмии

Г) судороги

Д) все перечисленное

9. Выберите местный анестетик с антиаритмическим эффектом при в\в введении:

А) новокаин

Б) бупивакаин

В) тетракаин

Г) лидокаин

Д) артикаин

10. Для пролонгации эффекта местные анестетики часто используют в комбинации:

А) с адреналином

Б) анестезином

В) β -адреноблокаторами

Г) допамином

Д) папаверином

11. Какой местный анестетик имеет минимальный сосудорасширяющий эффект:

А) новокаин

Б) лидокаин

В) бензокаин

Г) мепивакаин

Д) артикаин

12. Какой местный анестетик имеет in vitro антибактериальный эффект:

А) лидокаин

Б) бензокаин

В) артикаин

Г) мепивакаин

Д) бупивакаин

13. Какая реакция среды усиливает эффект местных анестетиков:

А) слабокислая

Б) слабощелочная

В) нейтральная

Г) нет верных ответов

Д) все ответы верны

14. Снижение эффективности местных анестетиков в очаге воспаления объясняется:

А) снижением рН при воспалении

Б) повышением рН

В) сгущением крови

Г) вазодилатирующим действием

Д) всем вышеперечисленным

15. При заболеваниях печени можно получить передозировку следующего анестетика:

А) новокаина

Б) тетракаина

В) бензокаина

Г) кокаина

Д) лидокаина

16. Какие формы выпуска имеют местные анестетики:

А) растворы для инъекций

Б) спрэи

В) кремы

Г) свечи

Д) все перечисленное

17. Перекрестная аллергическая реакция с новокаином у следующих препаратов:

А) бисептола

Б) глибенкламида

В) гипотиазида

Г) фуросемида

Д) всех перечисленных

18. Отметьте наиболее токсичный местный анестетик:

А) лидокаин

Б) новокаин

В) артикаин

Г) мепивакаин

Д) все препараты одинаково токсичны

19. Выберите препарат с наиболее слабым анестезирующим эффектом:

А) новокаин

Б) лидокаин

В) мепивакаин

Г) артикаин

Д) бупивакаин

20. Выберите препарат с наибольшим анестезирующим эффектом:

А) бупивакаин

Б) артикаин

В) мепивакаин

Г) лидокаин

Д) новокаин

21. Таблетированные глюкокортикоиды принимаются по следующей схеме:

- а) 2/3 дозы утром+ 1/3 после обеда
- б) 1/3 дозы утром+2/3 после обеда
- в) 3 раза в день в равных дозах
- г) по любой из выше перечисленных схем

22. К ингаляционным глюкокортикостероидным относятся все, кроме:

- а) будесонида
- б) кромогликата натрия
- в) беклометазона
- г) Флунизолида

23. При остром отравлении нестероидными противовоспалительным препаратами показано проведение форсированного диуреза:

- а) верошпироном
- б) маннитолом
- в) фуросемидом
- г) диакарбом

24. Основным механизмом действия нестероидных противовоспалительных средств является:

- а) антипростогландиновый
- б) антибактериальный
- в) антигистаминный
- г) торможение реакции антиген-антитело

25. Основным фармакодинамическим эффектом нестероидных противовоспалительных средств являются все ниже перечисленные, за исключением:

- а) антипирического
- б) анаболического
- в) противовоспалительного
- г) анальгетического

26. Основными побочными эффектами всех нестероидных противовоспалительных средств являются:

- а) гастротоксический
- б) гепатотоксический
- в) нефротоксический
- г) кардиотоксический

27. У больного, страдающего хроническим гломерулонефритом и получающего лечение преднизолоном в суточной дозе 80мг, выявлена язва желудка. Ваши действия:

- а) уменьшение дозы препарата
- б) перевод на парентеральное введение преднизолона
- в) полная отмена препарата
- г) перевод на среднесуточные дозы индометацина

28. Механизм действия глюкокортикостероидов при бронхиальной астме выражается в следующем, кроме:

- а) уменьшения продукции антител
- б) блокирования биологически активных веществ
- в) выраженного бронхолитического действия
- г) уменьшения отека и застоя

29. К производным анраниловой кислоты относятся все перечисленные, за исключением:

- а) арлефа
- б) понстила
- в) клотама
- г) пироксикама

30. Выраженное гепатотоксическое действие выражено у препаратов, за исключением:

- а) индометацина
- б) аспирина
- в) диклофенака
- г) фенилбутадiona

31. Минералокортикоидный эффект наиболее выражен у:

- а) преднизолона
- б) полькортолона
- в) дексаметазона
- г) триамсинолона

**Раздел II «Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению лекарственных средств при заболеваниях в практике врача-стоматолога»
Практическое занятие №3 Тема 5 «Клиническая фармакология средств, влияющих на гемостаз»**

Тема 6 «Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению лекарственных средств, применяемых при неотложных состояниях»

Вопросы для самоподготовки

1. Классификация средств, влияющих на гемостаз.
2. Клиническая фармакология непрямых антикоагулянтов.
3. Клиническая фармакология прямых антикоагулянтов.
4. Клиническая фармакология антиагрегантов.
5. Клиническая фармакология гемостатиков.
6. Клиническая фармакология фибринолитических средств.
7. Клиническая фармакология гемостатиков.
8. Побочные эффекты средств, влияющих на гемостаз.
9. Взаимодействие ЛС, влияющих на гемостаз.
10. Купирование геморрагического синдрома в условиях стоматологической практики.
11. Показатели гемостаза и их контроль при проведении гемостатической терапии.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Какой из ниже перечисленных препаратов может приводить к нарушению всасывания из кишечника фолиевой кислоты и развитию мегалобластной анемии:
 - а) фенobarбитал
 - б) пенициллин
 - в) эритромицин
 - г) анаприлин

2. При диетической витаминной недостаточности применяют дозы витаминов, равные:
- а) суточной физиологической потребности
 - б) больше физиологической потребности в 5-10 раз
 - в) больше физиологической потребности в 10-20 раз
 - г) больше физиологической потребности в 20-600 раз
3. При дефиците витаминов, обусловленном повышенными потерями и увеличением их потребления, применяют дозы витаминов, равные:
- а) суточной физиологической потребности
 - б) больше физиологической потребности в 5-10 раз
 - в) больше физиологической потребности в 10-20 раз
 - г) больше физиологической потребности в 20-600 раз
4. Назначение, какого из ниже перечисленных витаминов в пери беременности может приводить развитию пороков развития ребенка:
- а) А
 - б) В,
 - в) В,
 - г) С
5. В осенне-зимний период назначение профилактической дозы витамина Д новорожденным, находящимся на естественном вскармливании, необходимо начинать с:
- а) 3-4 недели
 - б) 2-3 месяцев
 - в) 3-4 месяцев
 - г) 4-6 месяцев
6. Какой витамин необходимо назначить новорожденному, если его мать в период беременности получала непрямые антикоагулянты;
- а) К
 - б) А
 - в) Е
 - г) фолиевую кислоту
7. Причинами формирования дефицита витамина В1 являются все ниже перечисленные, кроме:
- а) длительного несбалансированного питания
 - б) малого содержания витамина в материнском молоке (у детей до 1 года)
 - в) поражения печени с развитием цирроза
 - г) длительной антибактериальной терапии
9. Отметьте ошибочные положения;
- а) гепарин - антикоагулянт прямого действия
 - б) действие гепарина опосредуется Антитромбином III
 - в) гепарин медленно разрушается тканями
 - г) при передозировке гепарина используется протамин-сульфат

10. При передозировке антикоагулянтов может возникнуть кровоточивость. В каком случае она проявится раньше?
- а) кровь в мокроте (кровохарканье)
 - б) скрытая кровь в кале
 - в) эритроциты в моче
 - г) желудочно-кишечное кровотечение
11. Антикоагулянты не противопоказаны при;
- а) склонности к кровотечению
 - б) язвенном поражении желудочно-кишечного тракта
 - в) тяжелых нарушениях функции печени и почек
 - г) при нарушении менструальной функции
12. Какое из утверждений является верным?
- а) одновременный прием антикоагулянтов непрямого действия и барбитуратов уменьшает эффект первых в связи с ускорением их метаболизма
 - б) одновременный прием антикоагулянтов непрямого действия и барбитуратов резко усиливает эффект антикоагулянтов непрямого действия
 - в) не влияет на эффект антикоагулянтов непрямого действия
13. Какие вещества можно использовать для консервирования крови при отсутствии цитрата натрия?
- а) фенилин
 - б) гепарин
 - в) аминакапроновая кислота
 - г) викасол
14. Какие из перечисленных лекарственных препаратов могут усилить эффект антикоагулянтов непрямого действия?
- а) рифампицин
 - б) ацетилсалициловая кислота
 - в) барбитураты
 - г) этамзилат
15. Укажите неправильное утверждение:
- а) антикоагулянты непрямого действия в небольших количествах обнаруживаются в молоке матери
 - б) антикоагулянты непрямого действия не проникают через плаценту
 - в) эффект антикоагулянтов непрямого действия развивается в течение 24-72 часов
 - г) эффект антикоагулянтов непрямого действия устраняется введением витамина К

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Клиническая фармакология: Национальное руководство. Ю.Б. Белоусов, В.Г. Кулес, В.К. Лепехин, В.И. Петров М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009
2. Клиническая фармакокинетика. Практика дозирования лекарств: Спец. выпуск серии «Рациональная фармакотерапия. Ю.Б. Белоусов, К.Г. Гуревич М.: Литера, 2011
3. Клиническая фармакология. Учебник. В.Г. Кулес М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008

Дополнительная литература

1. Клиническая фармакология по Гудману и Гилману под общ ред. А. Г. Гилмана 2006 М: Практика
2. Избранные лекции по клинической фармакологии для стоматологов под ред. Ю.Д. Игнатова и А.П. Боброва СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2007

ЛИСТ ИЗМЕНЕНИЙ

№	Дата внесения изменений	№ протокола заседания кафедры, дата	Содержание изменения	Подпись